

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o 700

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène LÉVY

Ancienne Externe des Hôpitaux.

Diplômée de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris.

Née le 15 août 1911, à Paris (Seine).

Le lait de femme et l'allaitement au sein

Leur importance capitale dans la lutte contre la mortalité infantile

Président : M. TANON, Président.

PARIS
AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène LÉVY

Ancienne Externe des Hôpitaux.

Diplômée de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris.

Née le 15 août 1911, à Paris (Seine).

**Le lait de femme
et l'allaitement au sein**

**Leur importance capitale
dans la lutte contre la mortalité infantile**

Président : M. TANON, Président.

PARIS
AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	L'aignel-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	FUNCK	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
BÉZANÇON		GAYET	Physiologie.
(Justin)	Hydrologie.	DE GENNES ..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BULLIARD	Histologie.	HAGUENAU....	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	IOANNON	Hygiène.
	Urologie.		

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOL..	Obstétrique.	
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.	
LELONG	Pathologie médicale.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.	
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	
MOLLARET ...	Pathologie médicale.	
MOREAU	Pathologie médicale.	
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.	

MM.	
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHTER	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
CHIRAY.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	
MOURE.	
QUENU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA TANTE

LE DOCTEUR MADELEINE LEVY

*Qui m'a donné l'exemple d'une vie de
travail et de dévouement.*

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

Directeur de l'Institut d'Hygiène.

Conseiller technique du Ministre de la Santé Publique.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAVARRE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen.

Sous-directeur de l'Institut d'Hygiène.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et m'a guidée de ses conseils.

Qu'il reçoive ici l'assurance de ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE PROFESSEUR DUVAL

M. LE DOCTEUR HALBRON

Externat :

M. LE PROFESSEUR MOCQUOT (1931)

M. LE DOCTEUR DARRE (1932-1933)

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT (1933)

M. LE DOCTEUR HALBRON (1933-1934)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI (1934-1935)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER (1935)

MME LE DOCTEUR BERTRAND-FONTAINE (1935-1936)

M. LE DOCTEUR P.-EMILE WEIL (1936-1937)

INTRODUCTION

L'allaitement maternel n'est pas une question nouvelle. De même que la Nature a donné l'enfant à la mère, elle a donné le sein maternel à l'enfant.

De toute antiquité, on a chanté les bienfaits, la beauté de l'allaitement. Puis, après des périodes de vogue et de déchéance il a persisté, car l'expérience, mère de toute médecine, avait montré que sevrer un enfant c'était l'exposer à la mort.

Cependant, et pour des raisons diverses, l'emploi du biberon se développa et devint si répandu au siècle dernier, que médecins et législateurs s'émurent. ROUSSEL en 1874 fit voter la première loi de protection de l'enfance.

Puis, sous l'impulsion de PINARD, BUDIN, TARNIER, STRAUSS, des mesures législatives plus étendues furent prises, des consultations de nourrissons furent créées, le principe du *droit de l'enfant au lait de sa mère* fut hautement proclamé. Depuis, bien des mesures ont été prises en faveur de l'allaitement maternel.

Il pourrait sembler inutile d'insister encore sur un principe aussi inattaquable. Mais il faut dire qu'actuellement l'allaitement artificiel a fait de grands progrès, l'hygiène infantile s'est également répandue, pour le plus grand bien des enfants. Le biberon

n'est plus un arrêt de mort. Aussi peu à peu naît l'idée que l'allaitement maternel n'est plus indispensable, que la « Science » a fait suffisamment de progrès pour suppléer à la Nature.

C'est le devoir des médecins de combattre ces idées, de montrer que « tous » les moyens sont indispensables dans la lutte contre la mortalité infantile et que les autres ne dispensent pas du premier de tous « généraliser l'allaitement maternel ».

Lorsqu'un médecin obtient d'une mère qu'elle allaite son enfant, on peut dire qu'il a accompli un des principaux préceptes de la médecine préventive, seule médecine de l'avenir.

Surtout à l'heure actuelle où la France se dépeuple chaque année, où tous les ans les décès excèdent les naissances, il faut tout faire pour sauvegarder les tout-petits. Actuellement 6,9 % des enfants nés vivants meurent en France pendant la première année. En 1936, nous avons perdu 42.243 enfants de moins d'un an. C'est beaucoup trop.

Par la généralisation de l'allaitement maternel, associée à toutes les mesures d'hygiène nécessaires, on doit pouvoir réduire le nombre de ces décès. La question reste aujourd'hui la même qu'au siècle dernier.

Nous essayerons de montrer ici :

1° à la lumière de quelques données nouvelles, tout le problème de la spécificité du lait humain;

2° la supériorité, encore à l'heure actuelle, de l'allaitement maternel;

3° les moyens d'assurer aux enfants du lait de femme en dehors du sein maternel;

4° les causes qui empêchent les mères d'allaiter;

5° Les moyens de faire de l'allaitement maternel une arme efficace contre la mortalité infantile.

*
**

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier Monsieur le Docteur NAVARRE, sous-directeur de l'institut d'hygiène, de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et de nous avoir toujours aidée de ses conseils avec une inépuisable bienveillance. Nous remercions également bien vivement les nombreuses personnes qui nous ont suggéré des idées et procuré des documents au cours de ce travail.

CHAPITRE I

LE LAIT MATERNEL, ALIMENT SPECIFIQUE

Personne n'ignore les différences considérables qui existent entre les laits de chaque espèce. Le lait de femme est un aliment spécial, sécrété pour l'enfant que la mère a mis au monde et nul autre ne pourra le remplacer.

Ces vérités essentielles semblent parfois oubliées, même par des médecins, qui autorisent, voire même conseillent aux mères de ne pas nourrir leurs enfants, alléguant, parfois par complaisance, mais souvent, ce qui est plus grave, de bonne foi, les complications de la vie actuelle et les bons résultats de l'allaitement artificiel.

Sans aucun doute, l'allaitement artificiel a fait tant de progrès que, dans l'esprit du public et même des médecins, il s'est formé l'idée qu'il pouvait remplacer l'allaitement maternel sans préjudice pour les enfants. Mais ces dernières années on a étudié bien des principes alimentaires autrefois inconnus — en particulier les vitamines — qui sont nécessaires à la vie; on a aussi découvert que, dans bien des cas, les matières inorganiques avaient beaucoup plus d'im-

portance qu'on ne le soupçonnait. Et nous ne pouvons pas être sûrs que tous les éléments nécessaires à une nourriture parfaite aient été étudiés. Certainement même, il y en a beaucoup qui ne sont pas encore connus et de plus, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons pas savoir quelle quantité exacte des différents éléments connus sont nécessaires à la nourriture idéale d'un enfant.

Nous ne voulons pas faire une étude complète de la composition du lait humain, ce qui dépasserait notre sujet, mais seulement rappeler brièvement les caractéristiques du lait de femme, et, à la lumière de quelques données récentes, rappeler aux personnes, éblouies par les travaux scientifiques actuels sur les laits artificiels, que, quelles que soient les manipulations qu'on y apporte, on ne fera jamais du lait de femme avec un autre lait.

PROPRIETES PHYSIQUES

Les constantes physiques du lait de femme sont très légèrement différentes de celles du lait de vache (c'est le seul que nous aurons en vue dans nos comparaisons; les autres laits étant d'un emploi si rare à l'heure actuelle, qu'il n'y a pas lieu de nous en occuper). Ces différences ne semblent pas avoir, en elles-mêmes, d'importance; en tous les cas nous ne connaissons aucune recherche à ce sujet. Certains

auteurs avaient pu croire que la température du lait de femme, isotherme à celle du nourrisson, au moment où il tète, favoriserait sa digestion. Mais il semble qu'il faille des écarts de température importants pour entraîner des troubles digestifs, et l'habitude de faire chauffer les biberons est suffisamment répandue pour qu'on n'en tienne pas compte (47).

PROPRIETES CHIMIQUES

En plus de l'eau, qui constitue environ les 9/10 de son poids, le lait humain, aliment complet, contient des matières albuminoïdes, des matières grasses, des hydrates de carbone, des matières minérales, des matières extractives, des éléments cellulaires, des gaz. Nous allons étudier pour chacune de ces espèces, ce qui différencie le lait humain des autres laits.

MATIERES ALBUMINOIDES

Ce sont la caséïne, la lactoglobuline et la lactalbumine. Les matières albuminoïdes sont beaucoup plus abondantes dans le lait de vache qui en contient presque deux fois plus. Mais tandis que dans le lait de vache la caséïne est en plus forte proportion (rapport de 4 à 27), dans le lait de femme la

lactoglobuline et la lactalbumine dominant (rapport de 9 à 10) (MARFAN, 74).

La caséine du lait de femme diffère chimiquement de celle du lait de vache.

Elle contient beaucoup plus de *tryptofane* (12 % contre 6 %). Comme la lactalbumine et la lactoglobuline en contiennent également en forte proportion, les matières protéïques du lait de femme en contiendraient trois fois plus, ce qui compenserait sa faible teneur en matières protéïques (C. BOCADORO cité par MARFAN (74)).

La caséine du lait de femme précipite difficilement par les acides et en petits grains, celle du lait de vache facilement, en gros flocons.

Elle coagule très lentement par la présure de l'estomac de veau. Il y a longtemps qu'on sait que la présure ne coagule bien que le lait de même espèce et que la présure retirée des estomacs humains coagule mieux le lait de femme que la présure bovine. (DE TONI et MONTAVINI, 1923).

On avait pu expliquer ces différences par des causes physico-chimiques, l'albumine et la globuline, solutions colloïdales stables, abondantes dans le lait de femme, « protégeant » la caséine, solution colloïdale beaucoup moins stable (MARFAN).

En 1933, DEMANEZ a montré la spécificité des caséines : il a vacciné des lapins contre de la caséine de vache ou de brebis, et a obtenu des immunsérums inactifs contre la caséine de femme ou de jument, alors que ces sérums étaient actifs pour des caséines

de même espèce (23). De même, l'anticaséine-femme apte à déceler par un trouble 1/100 cc. d'une solution à 1 p. 1.000 de caséine de femme est dépourvue de pouvoir précipitant vis-à-vis de la caséine de vache (Marguerite RONSE (104)). Les caséines se différencient encore par le fait que la caséine de femme est précipitable sur une assez forte échelle par la précipitine antihumaine, alors que, dans des essais similaires, la caséine de vache ou de brebis ne subit aucune insolubilisation par l'addition des précipitines antisérums correspondants.

SUCRES

Le lait humain contient une forte proportion de sucres, 68 gr. par litre en moyenne (MARFAN). Le lait de vache en contient seulement 47 gr. Cette différence quantitative, si elle était seule, serait facilement compensée dans l'allaitement artificiel; il suffirait de sucrer convenablement le lait employé. Mais ce qui différencie surtout le lait humain, c'est la nature même de ses sucres.

Le lactose est le plus abondant, retrouvé dans toutes les espèces animales. Longtemps on a cru que c'était le seul dans le lait de femme.

BÉCHAMP avait déjà dit que le lactose du lait de femme différait par la forme de ses cristaux. On avait également remarqué que les analyses du lactose dans le lactosérum du lait de

femme (et non dans celui de vache) conduisaient à des résultats très différents suivant qu'on procédait par réductimétrie (liqueur de Fehling) ou par polarisation. En considérant comme exact le dosage par la liqueur de Fehling, le lactose du lait de femme répondrait à un pouvoir rotatoire spécifique très inférieur à celui du lactose ($+ 55^\circ$) et variant de $+ 37^\circ$ à $+ 47^\circ$. Il y avait là une véritable anomalie optique.

DENIGÈS avait semblé établir que cette anomalie était due à une substance sans influence sur le pouvoir réducteur du lacto-sérum ni avant ni après hydrolyse.

Cette conclusion devait être complètement infirmée par les travaux de POLONOVSKI et LESPAGNOL qui s'aperçurent qu'il fallait rapprocher de cette anomalie optique du lactosérum de femme :

1° la présence d'un non-dosé beaucoup plus appréciable dans le lait de femme que dans le lait de vache;

2° la non-concordance entre les dosages par les différentes méthodes;

3° l'élévation anormale du pouvoir réducteur du lait de femme après hydrolyse;

4° le fait que l'hydrolyse ne faisait pas disparaître complètement l'anomalie et que les pouvoirs réducteurs et rotatoires finaux ne concordaient pas non plus avec le dosage initial du lactose.

Il devenait dès lors évident que le lactosérum du lait de femme devait contenir, à côté du lactose, d'autres substances lévogyres ou moins dextrogyres.

Les tentatives d'isolement durant plusieurs années ont abouti à la découverte de nouveaux glucides dans le lait de femme, tous très différents du lactose qui ne paraît constituer que les $3/4$ ou les $4/5$ des sucres.

Le plus abondant est l'*allolactose*, sucre dextrogyre. Il donne naissance par hydrolyse à une molécule de glucose et à une molécule de galactose.

Un deuxième glucide, lévogyre, le *gynolactose*, a été isolé plus difficilement. Il est beaucoup moins réducteur que le lactose et l'allolactose (92, 93, 94, 95, 96, 97).

Le fait que le lait de femme est plus riche en glucides qu'on ne le supposait (75 gr. à 83 gr.), et surtout l'existence d'une notable proportion de sucres différents du lactose, ajoutent des données nouvelles au problème de la substitution du lait de vache au lait de femme.

LIPIDES

Le lait de femme en contient en moyenne 35 gr., le lait de vache 37 gr., c'est-à-dire sensiblement la même quantité. Mais si on considère que le lait de vache contient beaucoup plus de protéines et qu'il est d'usage de le couper et de le sucrer, le lait deviendra pauvre en graisses (ce qui a d'ailleurs incité les pédiâtres à employer des laits non coupés, mais décaséïnés par addition de lactate de chaux, « laits calciques ») (64).

Les lipides du lait comprennent : des glycérides, des lipides phosphorés, des stérols.

Les glycérides se trouvent à l'état d'émulsion sous la forme de globules gras visibles au microscope. *Les globules* sont de taille variant de 2 à 20 μ . Mais tandis que dans le lait de vache ils sont en majorité

petits et moyens, dans le lait de femme ils sont surtout moyens et gros. De plus, dans le lait de femme, on voit très souvent à la périphérie de ces petits corpuscules, une partie de protoplasma en forme de quartier de lune (MARFAN). Nous verrons plus loin l'intérêt qu'il faut attacher à la présence d'éléments cytologiques dans le lait de femme.

Les glycérides du lait de femme sont essentiellement formés d'acides fixes non saturés (61 % d'acide oléique) et d'acides fixes saturés (30 % d'acide palmitique et myristique), de traces d'acides volatils (98). Le lait de vache contient surtout des acides volatils (43 %), et seulement 27 % d'acide oléique, 19 % d'acide palmitique (103).

Ces différences donnent aux graisses du lait de femme un pouvoir calorique plus élevé qu'à celles du lait de vache : 1 gr. de beurre de lait de femme développe plus de calories que 1 gr. de beurre de lait de vache.

Les lipides phosphorés (lécithine, nucléine, céphaline), sont plus abondants dans le lait de femme. Les chiffres varient avec les auteurs, mais on peut admettre en moyenne que le lait de femme en contient 2 fois plus (75, 43).

Or, si l'on songe à l'importance du phosphore pour la croissance des os, et que les expériences de BORDAS ont montré que l'ébullition détruit 1/3 des lécithines, on peut voir l'inconvénient d'un régime artificiel pour l'enfant.

SUBSTANCES MINERALES

Phosphore. On connaît son importance pour le développement du squelette. Le lait de femme en contient moins que le lait de vache. (Phosphore total exprimé en anhydride phosphorique : 1,974 (lait de vache), 0,468 (lait de femme). (BUNGE). Mais tandis que pour le lait de femme le phosphore est contenu en grande partie dans les lipides phosphorés, dans le lait de vache, il est surtout contenu dans les combinaisons inorganiques (et précipité par le chauffage). Des travaux sur le métabolisme du phosphore ont montré chez l'enfant au sein une assimilation meilleure que celle qui existe chez les enfants au lait de vache (125).

Calcium. Il est plus abondant dans le lait de vache, mais surtout sous forme de phosphate tricalciques et difficilement assimilable.

On connaît l'importance du calcium et du phosphore et pour la croissance des os, la rareté et la bénignité des lésions rachitiques chez l'enfant au sein. C'est que dans l'alimentation de cet enfant existe un équilibre parfait entre le calcium et le phosphore de sa ration, équilibre prévu par la nature, selon les besoins de chaque espèce, et donné à l'enfant dans le lait de sa mère, à une époque de la vie où les désordres pathologiques provoqués par le déséquilibre minéral seraient particulièrement graves.

Fer. Le lait en contient très peu, 3 mg. selon cer-

tains auteurs (DORLENCOURT et Mme CALUGAREANU-NANDRIS, 30), 1 mg. pour d'autres (LESNÉ, CLÉMENT et ZIZINE, 63), en même quantité qu'il s'agisse de lait de femme ou d'autres espèces. Cependant, lorsque le lait de femme est la source de fer de la ration, il y aurait une différence essentielle dans son assimilation. Chez les enfants au sein la proportion de fer retenu dans l'économie varie de 100 % à 78 %; par contre, lors de la suppression complète du lait de femme, le bilan devient négatif. Cela semble démontrer une action spécifique du lait de femme sur l'utilisation du fer et expliquerait peut-être certaines anémies du nourrisson sevré (79).

Cuivre. Le lait de femme est incontestablement plus riche en cuivre que le lait fourni par les différentes espèces animales (0 mg. 50 chez la vache, 1 mg. chez la femme) (65). Certains auteurs ont voulu voir là également un éclaircissement au problème des anémies chez les nourrissons au lait de vache (48), car les anémies « ferriprives » sont en réalité « métalliprives ».

Le lait humain contient encore de petites quantités de potasse, soude, chlore, fluor, magnésium et du citrate de soude (plus abondant dans le lait de vache, il faciliterait la dissolution du phosphate tricalcique) (VAUDIN).

MATIERES EXTRACTIVES

Ce sont l'urée, des corps puriques (acides urique, guanine), etc...

GAZ DISSOUS

Azote. Gaz carbonique. Oxygène (nous verrons plus loin l'importance qu'il peut avoir sur la destruction des vitamines).

POUVOIR TAMPON DU LAIT

Si on fait chauffer du lait humain à 60° en présence d'ammoniaque on obtient une coloration rouge-violet. Cette réaction dite d'Umikoff manque dans le lait de vache. Elle est restée longtemps inexpliquée.

On a montré récemment (99) que si le pH était le même pour le lait de femme et pour le lait de vache, le pouvoir tampon du lait de vache était beaucoup plus grand. De petites quantités d'ammoniaque ne suffisent pas à modifier l'acidité, alors qu'elles peuvent agir sur celle du lait de femme.

ELEMENTS CELLULAIRES DU LAIT

Dans le lait de femme on trouve à l'examen microscopique, en dehors des globules gras, des fragments de cellules protoplasmiques. Ces fragments restent attachés aux globules gras ou en sont séparés. Après centrifugation on trouve dans le culot ces cellules, assez nombreuses. MARFAN a montré avec FEUILLIÉ et ST-GIRONS que ces cellules sont des cel-

lules épithéliales de la glande mammaire expulsées au moment où elles excrètent les globules gras.

Plus récemment, DI BARTOLO (7) a remarqué que ces éléments sont plus abondants dans le lait des nourrices dont l'enfant est bien portant, et rares dans le lait des nourrices dont l'enfant est hypotrophique. Il est porté à penser que l'ingestion de ces éléments apporte à l'organisme de l'enfant des principes nécessaires à sa croissance.

En dehors de la période colostrale, le lait de femme saine ne contient pratiquement pas d'autres éléments. Le lait de vache ne contient pas ces cellules épithéliales, mais des leucocytes y sont toujours présents.

Signalons qu'à l'ultra-microscope on aperçoit dans le lait de vache des particules nommées lactoconies qui seraient formées de caséine; des particules existent, beaucoup plus rares, dans le lait de femme, mais plus grosses et seraient formées de graisse.

VARIATIONS DE LA COMPOSITION CHIMIQUE DU LAIT

A mesure que la sécrétion vieillit, la composition du lait change; le lait devient plus riche en lipides et glucides, plus pauvre en protéides et sels minéraux.

La composition du lait varie aussi avec la phase de la tétée (pauvre en beurre au début), l'heure de la tétée, l'alimentation des nourrices, etc.

Elle est également variable selon les différentes femmes et resterait la même à chaque période donnée, pour une même femme au cours de divers allaitements successifs (82).

Si on ne considère que les composants chimiques, « on voit, dit MARFAN, avec quelle perfection, la nature a proportionné la composition du lait aux besoins des différentes espèces de mammifères. Il en découle que l'on ne peut substituer le lait d'une espèce à celui d'une autre espèce, et qu'on ne pourra jamais fabriquer du lait de femme avec le lait d'un animal, quelques modifications qu'on fasse subir à à ce dernier... ». Et nous n'avons encore vu qu'une petite partie du problème.

PROPRIETES BIOLOGIQUES DU LAIT

LES DIASTASES DU LAIT.

DIGESTION DU LAIT

AMYLASE

Elle existe en quantité importante dans le lait de femme, en quantité infime ou nulle dans le lait de vache et est détruite par l'ébullition ou la pasteurisation (72). Comme il n'existe pas de matières amylacées dans le lait, son utilité nous échappe à l'heure actuelle, jusqu'à l'âge de la première bouillie,

que l'on sait plus facilement digérée par l'enfant au sein.

LIPASE

Il existe dans le lait de femme une lipase ou monobutyrimase dédoublant les graisses neutres en acide butyrique et glycérine (MARFAN et GILLET). Elle est très peu active dans le lait de vache et est détruite par la chaleur (certains auteurs ne l'ont pas trouvée dans le lait de vache (69). Cette lipase serait puissamment activée par la bile et les acides biliaires et jouerait un rôle important dans la digestion du lait de femme (34).

Le lait de femme contient encore :

un ferment coagulant la caséine (analogue à la présure du lait de vache) (POZERSKI);

un ferment dédoublant le salol (nié par certains auteurs);

une réductase;

une catalase, beaucoup plus active que celle du lait de vache;

une peroxydase dont la présence est variable dans le lait de femme et donne toujours une réaction moins importante que dans le lait de vache.

*
**

DIGESTION DU LAIT DE FEMME

Les différences de composition du lait de femme

et de vache expliquent facilement les différences de digestion chez le nourrisson élevé au sein et au biberon. Sans entrer dans les détails de cette question complexe, nous en rappellerons seulement quelques faits.

Nous avons vu que la présure de l'estomac humain coagule beaucoup mieux le lait humain que celle du lait de vache. Le lait de femme coagule en flocons très fins et par là plus faciles à digérer. La pepsine a une activité faible dans les premiers temps de la vie; elle liquéfie et peptonise beaucoup plus vite et plus complètement les matières albuminoïdes du lait de femme. D'après les travaux de MARRIOTT et DAVIDSON, si le lait de femme et le lait de vache ont un pH très voisin *in vitro*, dans l'estomac du nourrisson le lait de femme exerce un effet tampon beaucoup moins marqué (par suite de la faible proportion de caséine et de sels alcalino-terreux), et par conséquent le pH du contenu gastrique d'un nourrisson au sein est nettement plus acide que celui d'un nourrisson au lait de vache. Lorsque le nourrisson est bien portant son estomac arrive à sécréter une grande quantité d'acide chlorhydrique, mais s'il est malade, cette sécrétion est insuffisante, la digestion est troublée, car la caséine ne coagule que dans un milieu où le pH est inférieur à 5; l'évacuation pylorique est retardée (dyspepsie du lait de vache, c'est ce qui a conduit à préparer des laits artificiels acides-Marriott.) « De plus, si on réfléchit, dit MARFAN, que c'est à l'acide chlorhydrique libre qu'est dû en partie le pouvoir microbicide du suc gastrique, on voit qu'il y a là une condition prédisposant à l'infection le tube digestif du nourrisson soumis à l'allaitement artificiel ».

De même dans le duodénum le chyme gastrique arrive en grande partie transformé; la digestion trypsique sera rapide, les albumines du lait étant homogènes et ne demandant pas une grande dislocation pour être absorbées. Au contraire,

pour le lait de vache, le travail de la trypsine sera considérable, imparfait; le lait de vache trop riche en matières albuminoïdes laisse des déchets putrescibles et fermentescibles abondants. « On peut donc dire que le seul fait de nourrir un enfant avec du lait animal crée un état de subinfection du contenu intestinal. (MARFAN) ».

Les graisses et les sucres du lait humain sont également mieux digérés dans le tube digestif du nourrisson. Nous avons vu l'existence d'une lipase dans le lait de femme, activée par la bile, presque inexistante dans le lait de vache. De plus, l'excès de sels minéraux, entraîne la formation de savons dans le tube digestif, empêchant l'utilisation des graisses. La lactase du suc intestinal du nourrisson agirait plus puissamment sur les sucres du lait de femme que celle de l'intestin de veau (FREUDENBERG et HOFFMANN).

ENZYMOIDES

« On peut grouper sous ce nom des substances voisines des diastases, mais dont elles diffèrent surtout en ce que nous ignorons la nature des phénomènes qu'elles produisent ». Nous avons groupé sous ce nom des substances très diverses, qui confèrent au lait des propriétés spéciales n'entrant dans aucun autre cadre.

CONTENU HORMONAL

Le passage dans le lait est certain pour la substance active de la thyroïde. Il y a longtemps BOURNEVILLE avait remarqué que le myxœdème ne se manifestait qu'au moment du sevrage.

Il existerait également des hormones analogues à celles du lobe antérieur de l'hypophyse (83), et de la folliculine, surtout dans les premiers jours de la lactation (crise génitale du nouveau-né (115).

POUVOIR BACTERICIDE

Des expériences répétées et minutieuses ont permis d'établir l'action bactéricide incontestable du lait de femme : diminution du nombre des microbes, ou influence moins favorable (SCHLAEPPI, 109).

ANTITOXINES

Des travaux faits sur l'antitoxine diphtérique n'ont pas permis de montrer qu'elles soient transmises de la mère à l'enfant par le lait (110, 22).

REACTION DE BORDET

Avec le lait comme antigène, on obtient la réaction de Bordet (voir plus haut : spécificité des caséines). Il y aurait des degrés différents dans la précipitation du lait par l'antisérum et par suite des degrés dans la spécificité. Il existe également une sensibilisatrice.

THROMBASE

HAMBURGER et MORO ont découvert l'action coagulante du lait de femme, lorsqu'il est mis en présence

du liquide d'hydrocèle contenant du fibrinogène. L'action anticoagulante a été démontrée (Lucien CAMUS), par des injections intraveineuses de lait qui ont empêché la coagulation du sang (5).

HEMOAGGLUTININES

Isoagglutines ayant mêmes propriétés que celles du sang de la nourrice, immunisines.

LES GROUPES DE LAIT

Récemment (31), DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et KOSOVITCH ont étudié l'action du lactosérum sur les globules rouges.

Le lait de femme contient des substances qui agglutinent les globules rouges humains, et on peut classer les laits de femme en quatre groupes.

Dans le lait de vache les auteurs ont constaté la présence d'agglutinines pour les globules rouges humains.

Les phénomènes chimiques ne sont peut-être pas la seule raison capable d'expliquer certains cas d'intolérance aux laits...

« On pressent même pourquoi le lait d'une femme étrangère, tout en restant très supérieur à celui d'un animal, ne conviendra pas toujours aussi parfaitement au jeune enfant que celui de sa propre mère. » (MARFAN).

LES VITAMINES

« Les vitamines sont des substances qui, à des doses infinitésimales, agissent à la manière des diastases, en permettant le métabolisme et l'assimilation des composés organiques et des sels minéraux alimentaires nécessaires au développement et à l'entretien des tissus et des cellules et au fonctionnement des divers appareils du corps des animaux. » (116).

Nul n'ignore plus maintenant le rôle que jouent les vitamines dans le développement des nourrissons et la fréquence des avitaminoses plus ou moins frustes du nourrisson.

VITAMINE A

Ou vitamine liposoluble de croissance, antixérophthalmique. Son absence détermine un arrêt de croissance, une chute de poids et enfin la mort. Cette absence provoque l'altération des cellules épithéliales des muqueuses, favorisant une infection microbienne au niveau de la conjonctive oculaire, xérophthalmie.

La vitamine A et le carotène (provitamine A) se rencontrent dans de nombreux corps servant à l'alimentation, d'où la rareté des avitaminoses A chez l'adulte, due également à ce fait que l'organisme adulte peut le mettre en réserve dans le foie quand

sa ration alimentaire excède ses besoins minimums.

Chez l'enfant, la vitamine A jouant un rôle essentiel dans la formation des tissus et en particulier des épithéliums, l'organisme a pendant toute la période de croissance des besoins considérables en facteur A que le lait maternel compense à peine, vu l'absence totale de réserve hépatique en vitamine A à la naissance et dans les premiers mois de la vie.

La vitamine A se trouve dans le lait en quantité abondante, contenue dans la matière grasse. Il y en aurait un peu plus dans le lait des nourrices de la classe aisée, bien nourries, que chez les pauvres gens (80). Il y en aurait plus dans le lait de femme que dans le lait de vache (NEUWEILER, 37), bien que certains auteurs aient avancé le contraire (DEBRÉ et BUSSON (20)). L'intestin des nourrissons assimilerait parfaitement bien la vitamine A qui fait corps avec les matières grasses du lait de femme, moins bien celle que contient le lait des autres mammifères (DANIELS).

Lorsqu'elle est complètement soustraite à l'action de l'air et de l'oxydation, la vitamine A résiste à la chaleur et supporte une exposition de 12 heures à 120°. Elle est détruite par l'oxygène, dont l'action est favorisée par la chaleur. Dans la pasteurisation du lait, on pense que la destruction d'une quantité appréciable de vitamine A au cours d'un seul chauffage de 30 minutes à 60° est due à la grande quantité d'oxygène dissout dans le lait (13 % des gaz). Au cours de la pasteurisation industrielle, le lait est

rapidement refroidi à 2° et expédié dans des wagons frigorifiques. Cette réfrigération le préserve, entre autres choses, d'une perte en vitamine A qui, à une température élevée, serait d'autant plus importante que le ballottement du lait dans les récipients au cours des transports favorise l'oxydation (116).

Notons que, s'il y en a suffisamment dans les laits condensés sucrés préparés à basse température, par contre, le lait sec maigre et le babeurre constituent des régimes de carence en facteur A (absence de graisses).

VITAMINE D

Ou vitamine liposoluble antirachitique.

Son absence dans un régime provoque à une certaine époque de la croissance d'un jeune animal un développement anormal du tissu cartilagineux. Il ne se fait pas d'ostéoblastes, pas de cellules osseuses.

Elle résiste mieux à l'oxydation que la vitamine A.

Dans le règne animal, l'expérience montre que l'on peut reconnaître deux sources de vitamine D : l'alimentation et la formation directe à partir de l'ergostérol. L'apport alimentaire est restreint, car, à part l'huile de foie de morue, les aliments en apportent bien peu. On admet que la formation de l'ergostérol irradié a lieu par l'irradiation directe des stérols de la peau.

D'ailleurs, c'est seulement dans le cas d'un régime

non équilibré en calcium et en phosphore, et en même temps dépourvu de vitamine antirachitique que se développe le rachitisme.

Le rachitisme se distingue des autres vitaminoses en ce qu'il n'a pas une origine uniquement alimentaire; de plus, la seule carence d'ergostérol irradié est incapable de produire le rachitisme; il lui faut le concours d'une infection ou d'une intoxication (MARFAN, 75).

Le lait de femme et le lait de vache renferment peu ou pas de vitamine D (MARFAN). On peut seulement en faire apparaître par certains artifices (régimes appropriés des nourrices, irradiations ultra-violettes, etc...). Le lait de femme contiendrait seulement une provitamine D qu'on mettrait en évidence en la rendant active par les rayons ultra-violets (SABRI et FIKRI, 105).

Mais il est certain que le rachitisme est exceptionnel chez l'enfant au sein, s'il n'est pas confiné dans un local sans soleil, et cela nous l'avons expliqué par la composition en calcium et en phosphore du lait qu'il reçoit.

VITAMINE E

Liposoluble.

Sa carence amène la stérilité.

Elle jouerait également un rôle dans la croissance à certaines époques du développement, mais son rôle n'est pas actuellement entièrement élucidé.

Elle existe dans le lait.

Elle est très résistante à la chaleur (résiste 2 heures à 170°) et peu sensible à l'action de l'oxygène. Elle résiste à la pasteurisation (107).

GROUPE DES VITAMINES B

Hydrosolubles.

Leur carence provoque des accidents digestifs, puis des troubles nerveux qu'on appelle « crises de polynévrite ». La température baisse ainsi que le poids et la mort se produit. Elles jouent un rôle de premier plan dans la digestion des *glucides*.

VITAMINE B₁ OU ANTINÉVRITIQUE.

Elle est contenue dans la levure de bière, les graisses entières, le pois, le chou, etc. Elle est relativement peu stable, mais résiste 2 heures à 120°.

VITAMINE B₂ OU HYDROSOLUBLE DE CROISSANCE.

Elle est beaucoup plus résistante que la précédente à l'oxydation, la chaleur (résiste 5 heures à 120°). La vitamine B₂ qui est une vitamine d'utilisation nutritive jouant un rôle dans le métabolisme des substances hydrocarbonées a vu son identité dégagée par les travaux de R. KUHN et ses collaborateurs (54).

Le lait et le petit lait comptent parmi les milieux naturels riches en vitamine B. Cherchant à extraire

du petit lait la vitamine B₂, KUHN, GYORGYI et Th. WAGNER-JAUREGG observent que plus la coloration jaune de ces préparations s'accroît et plus leur fluorescence verte s'intensifie. Au début de 1934, ils obtiennent le pigment jaune du petit lait. Ils l'appellent *lactoflavine*. Son activité physiologique est telle que 5 à 10 millièmes de mg. rétablissent la croissance normale chez des rats soumis à un régime privé de vitamine B₂. C'est la plus active des préparations de vitamine B₂ obtenues jusqu'à présent.

On sait que dans la cellule vivante existe un ferment, ferment respiratoire jaune de WARBURG, d'oxydo-réduction à action très nette sur le métabolisme cellulaire des glucides. Or ce ferment se forme par union de la vitamine B₂ avec un support colloïdal. Seule elle n'agit pas comme ferment, seulement comme vitamine. Fait absolument remarquable, une seule et même substance peut donc être à la fois un ferment et une vitamine.

On voit donc l'importance de cette vitamine du lait. Or, le pigment jaune ne peut être synthétisé. Il est apporté à la mère par l'alimentation, passe dans le lait à l'état libre et est ainsi assimilé par l'enfant. On conçoit qu'un régime carencé de la mère en vitamine B₂ puisse entraîner des troubles d'avitaminose chez l'enfant.

Cette question, encore récente, réserve certainement des données inconnues.

VITAMINE C

Vitamine hydrosoluble, antiscorbutique ou acide ascorbique.

Sa carence fait apparaître en peu de temps une tuméfaction douloureuse des articulations, des lésions osseuses, des hémorragies (signe essentiel du scorbut), un amaigrissement notable et la mort.

La conservation de la vitamine C dans les produits naturels constitue un problème très compliqué. Elle s'oxyde très rapidement, la chaleur favorisant son oxydation et lui faisant perdre toute activité antiscorbutique. L'alcalinité du milieu favorise son oxydation et sa destruction. Elle résiste à la dessiccation dans le vide à basse température et est détruite par le vieillissement.

Chez l'homme, tout l'acide ascorbique vient de l'alimentation et il ne peut en faire la synthèse (MOURIQUAND).

Le lait frais de femme ou de vache a une teneur suffisante en vitamine C. Le lait de femme en contiendrait plus que le lait de vache (presque 2 fois plus). (BLEYER, 12).

Mais quand le lait est conservé à l'air, la vitamine C diminue puis disparaît. Ce sont les mêmes modalités de destruction que pour la vitamine A. L'ébullition 10 minutes, le bain-marie à 100° dans un appareil Soxhlet ne la détruisent pas, mais abaissent sa teneur. Le lait condensé à basse tem-

pérature contient de la vitaminose C, s'il n'est pas trop vieux.

La stérilisation d'un lait qu'on devra conserver, la dessiccation selon certains procédés, la pasteurisation si le lait a été chauffé deux fois, suppriment la vitamine C.

En somme, toutes les causes qui favorisent l'oxydation du lait détruisent la vitamine C (et la vitamine A). Ceci a une importance non seulement pour l'alimentation avec le lait de vache, mais encore, avec le lait de femme provenant de donneuses et conservé pendant plus ou moins longtemps après la traite (86).

« Le lait est fait pour passer du sein de la mère dans la bouche de l'enfant, sans contact avec l'oxygène de l'air (THIROUX). »

CHAPITRE II

SUPERIORITE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN SUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Après avoir exposé tout ce qui fait du lait maternel un aliment « irremplaçable », nous ne voulons pas nous étendre très longuement sur la supériorité de l'allaitement maternel, vanté de toute Antiquité, et à notre époque par tant de Maîtres. Rien n'est plus éloquent que l'histoire du rachitisme et de l'athrepsie, celle des diarrhées infantiles, du scorbut. Cependant, peut-être à cause des progrès de la science, ces leçons sont trop souvent oubliées.

Nous voulons seulement exposer brièvement, toute l'importance qu'il y a, *encore à l'heure actuelle*, à propager l'allaitement maternel, vérité première de toute puériculture préventive.

I. IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL COMME FACTEUR ALIMENTAIRE

a) DANS LA CLASSE AISEE

Dans la classe aisée, l'allaitement artificiel est moins néfaste que dans les milieux pauvres. Tous les

médecins, bien des mères de famille présentent des enfants élevés au biberon, parfaitement bien développés, jouissant d'une santé qu'on ne pourrait souhaiter meilleure.

Aujourd'hui, les médecins ont à leur disposition une quantité considérable de laits fort bien préparés en général : laits pasteurisés, laits condensés, laits secs, laits humanisés, maternisés, homogénéisés, acidifiés, laits calciques, babeurre, etc., etc..., ils savent parer aux carences en vitamines. Ils arrivent à adapter à chaque cas le lait convenable. Avec les soins d'hygiène nécessaires, élevés par une mère intelligente et dévouée, ces enfants, s'ils présentent une constitution robuste, se passeront parfaitement du lait maternel. Ceci est indéniable. Et nous devons nous en réjouir grandement. Dans tous les cas où l'allaitement maternel est impossible, nous ne sommes pas désarmés; l'enfant pourra être élevé sans incidents.

Mais certains auteurs, en sont même arrivés, sans toutefois déconseiller franchement l'allaitement au sein, à le considérer quelquefois comme néfaste (CZERNY, Allemagne, 18), à préconiser le sevrage précoce (ZEER, Suisse, 129), pour ne citer qu'eux. Nous n'en sommes plus à l'époque où on allaitait exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans. Presque partout l'usage s'est répandu de donner des bouillies dès l'âge de 5 ou 6 mois. Ce n'est pas parce que la nature a donné à l'enfant le lait de sa mère qu'il faut le priver des perfectionnements qu'ont ap-

porté dans son alimentation les données de la science moderne. Mais n'est-il pas dangereux de décrier l'allaitement maternel ? Même dans les classes aisées, le nourrisson est-il peu résistant, débile, survienne une affection grave, le médecin se trouve souvent désarmé en face de l'enfant sevré. Et si une issue fatale se produit, ne se sentira-t-il pas gravement coupable de n'avoir pas usé de son autorité pour encourager la mère à allaiter ?

Les femmes n'ont que trop de tendances à délaisser l'allaitement au sein. N'auraient-elles pas des arguments bien tentants, si elles avaient connaissance de travaux montrant la supériorité de l'allaitement artificiel perfectionné ? Nous citons, parmi d'autres, l'opinion d'auteurs américains (24) qui étudièrent le développement et les incidents survenus chez 443 enfants de 2 mois à 1 an; 127 étaient nourris au sein, les autres par différentes méthodes d'allaitement artificiel. « Il y avait plus de troubles digestifs et de diarrhée parmi les enfants nourris au sein... ». D'autres disent que si l'allaitement au sein est supérieur dans les milieux pauvres, l'allaitement artificiel est préférable dans les milieux riches en particulier dans la *prophylaxie du rachitisme* (39)... !!, ce qui peut nous paraître monstrueux, mais ne manquerait pas de paraître intéressant à des femmes aussi curieuses de science que désireuses de ne pas allaiter.

Et puis, à titre d'exemple, ne serait-il pas néfaste de voir les mères de la « bourgeoisie » abandonner

l'allaitement au sein, qui est, il faut bien le dire, une servitude, douce sans doute, mais réelle. Les femmes du peuple comprendraient mal pourquoi on leur conseille à elles d'allaiter leurs enfants quand « les autres » en ont de si beaux élevés au biberon. D'un point de vue psychologique, cet exemple nuirait beaucoup à la propagande pour l'allaitement maternel, et même si dans les classes aisées on n'avait pas d'intérêt médical à le conseiller, cette seule raison suffirait à le conserver et le développer.

b) DANS LES CLASSES MOYENNES ET PAUVRES

L'allaitement artificiel dans les classes moyennes et pauvres est toujours un danger. Il se présente sous un tout autre aspect que dans la classe aisée.

— *Parce qu'il coûte cher.*

Souvent les femmes se procurent à des prix relativement abordables des laits à peu près convenables, tout au moins dans les grandes villes où le lait est très surveillé; les gouttes de lait leur distribuent presque partout des biberons bien préparés; les mères reçoivent des bons de lait; et ces institutions rendent certainement de grands services. Mais quand survient la nécessité de « laits de régimes », laits secs, babeurre, etc., les mères ne peuvent se les procurer, car, délicats à préparer, ils coûtent cher.

— *Parce qu'il demande une surveillance médicale étroite.*

Si à Paris et dans les grandes villes, même dans les milieux pauvres, on obtient de bons résultats avec l'allaitement artificiel, parce qu'il peut être suivi médicalement, à la campagne, les consultations de nourrissons sont rares, éloignées, les infirmières-visiteuses n'existent pas partout, les enfants sont insuffisamment surveillés, les mères n'ont que des notions précaires d'hygiène, les gastro-entérites, les diarrhées graves, la mort souvent, apparaissent, le rachitisme est fréquent.

De nombreux auteurs, surtout autrefois, ont fait campagne pour l'allaitement maternel. Nous ne pouvons les rappeler tous. Nous en citerons quelques-uns : d'anciens, car leurs chiffres, s'ils ne sont plus très exacts aujourd'hui, sont particulièrement frappants; d'autres récents, montrent que la question reste identique, plus importante peut-être, parce que dans notre situation démographique actuelle, une vie d'enfant a « socialement » une valeur très grande.

MORTALITE GLOBALE DES ENFANTS ALLAITES AU SEIN ET ALLAITES ARTIFICIELLEMENT

BONNAIRE donnait une mortalité de 15 % pour les enfants élevés au sein par leur mère, de 25 % pour ceux élevés au biberon; LULLING (70) ayant inter-

rogé (1900-1901) les femmes venues accoucher à Baudelocquè, afin de savoir combien elles avaient eu de grossesses antérieures, combien elles avaient élevé d'enfants au sein et au biberon, et quelle était leur mortalité, avait obtenu les résultats suivants :

sein	14,25 %
biberon	32,63 %

de mortalité pour les enfants élevés par leur mère.

VITREY (123) ayant fait le même travail à l'Hôtel-Dieu de Lyon (1905-1906) donnait les chiffres :

sein	11,3 %
biberon	30,9 %.

BUDIN, citant une statistique du Bureau d'Hygiène de Rouen en 1903, évaluait la mortalité infantile des enfants nourris au sein à 4,2 %, celle des enfants au biberon à 16 %.

VARIOT et THIERRY admettaient en 1905-1908, dans le canton de Paimpol une mortalité de 3,65 % chez les enfants au sein, contre 16,4 % chez les enfants au biberon.

Une enquête faite à Langres par FLORENTIN (1911-1912) avait montré une mortalité de 7,6 % chez les enfants élevés au sein plus de trois mois, de 16,6 % pour les enfants élevés exclusivement au biberon.

WOODBURG (126) dans un travail statistique très important, pour 8 villes américaines donnait en 1925 les chiffres suivants de mortalité infantile selon le mode d'alimentation :

Mois	Mortalité infantile générale %	allaitement au sein %	allaitement mixte %	allaitement artificiel %
1 ^{er}	44,8	16,9	36,4	54,7
2 ^e	9,3	5,8	14,7	24,6
3 ^e	8,11	3,7	12,9	21,2
4 ^e	8,10	3,4	9,0	19,2
5 ^e	7,7	3,4	5,7	18,1
6 ^e	7,4	2,1	5,9	17,7
7 ^e	6,3	1,9	4,0	14,1
8 ^e	5,8	2,9	3,3	13,3
9 ^e	7,7	3,2	2,9	10,7
10 ^e	5,3	3,8	2,3	9,3
11 ^e	3,9	2,4	2,5	6,0
12 ^e	4,5	4,4	2,7	6,4

Nous avons reproduit ce tableau parce qu'il est frappant à une époque relativement récente, dans un pays où les conditions de vie sont analogues aux nôtres, où l'enfance est en général bien surveillée.

En 1927-1928, une enquête a été faite avec le plus grand soin, sous l'égide de la Société des Nations par DEBRÉ, JOANNON et Mlle CRÉMIEUX-ALCAN (21). Elle a montré, en autres choses, que dans le pays de Bray, pendant ces années, 74 % des enfants décédés, n'avaient jamais été nourris au sein maternel, dans le pays de Caux, 55 %, en Touraine, 56 %.

En Amérique, on a fait ces dernières années des statistiques intéressantes, parce qu'elles portent sur un nombre inusité d'enfants. GRULEE, SANFORD et HERRON (39) ont étudié la mortalité de 20.061 enfants dans les quartiers pauvres de Chicago, mais chez des enfants fréquentant des dispensaires et suivis par des infirmières-visiteuses au moins une fois par

mois. La mortalité générale a été de 11 %, due pour 1/10^e seulement à des troubles gastro-intestinaux, ce qui prouve qu'il s'agissait d'enfants bien surveillés. Mais si, chez les enfants au sein, la mortalité a été de 6,7 %, elle a été de 27,2 % chez ceux à l'allaitement mixte, de 66,1 % chez ceux à l'allaitement artificiel.

A la suite d'une enquête menée en 1935, sous les auspices du Comité National de l'Enfance, CRUVEILHIER et LESAGE ont montré que, dans les campagnes, la mortalité du 1^{er} âge est plus élevée que dans les villes et est due, en grande partie, à l'abandon de l'allaitement au sein.

Les statistiques ont toujours mis en évidence que la morbidité est d'autant plus forte, dans un pays donné, que l'allaitement maternel y est moins répandu.

En Norvège, en Suède, en Irlande, où la plupart des mères allaitent, la mortalité infantile est basse. En Autriche, en Allemagne où l'allaitement maternel est délaissé, malgré toutes les mesures d'hygiène mises en œuvre, on a noté une mortalité élevée.



Le Professeur MOURIQUAND, de Lyon, dénonce comme causes majeures de la mortalité infantile, les trois périls : alimentaire, infectieux, congénital.

PERIL ALIMENTAIRE

Il est rare qu'un enfant nourri au sein soit atteint d'une affection digestive. Si le fait se produit, l'affection est le plus souvent bénigne, il est exceptionnel qu'il en meure.

Or MARFAN évaluait en 1917, au quart des décès globaux des enfants de 0 à 1 an, la proportion relevant de la diarrhée cholériforme.

L'enquête de 1927-1928 a montré que dans un quartier pauvre de Paris (PLAISANCE), la mortalité infantile des enfants, de la naissance à un an était due pour un tiers à des troubles digestifs; tous les enfants étaient sevrés sauf un, prématuré, mort pendant le premier mois.

Le Professeur ALLARIA, de Turin, dans un travail sur la mortalité infantile due à la diarrhée (1) rappelle qu'à Turin, de 1928 à 1934, chez des enfants de 1 à 12 mois, la mortalité a été due pour 34,7 % à des diarrhées, dans un climat plus chaud que le nôtre, il est vrai. « On constate rarement la diarrhée estivale des nourrissons alimentés au sein, dit-il... Sa prophylaxie doit s'inspirer d'un principe fondamental : encourager le plus possible les mères à allaiter ».

Dans la seule ville de Paris, en 1931, près du tiers des enfants sont morts de diarrhées et entérites : 1975 sur 3.371.

Toutes les statistiques de mortalité infantile pourraient être citées.

PERIL INFECTIEUX

« Les enfants privés du sein, qui échappent à la mort, sont par la suite, dit le Professeur MARFAN, moins vigoureux, plus petits de taille, plus exposés aux troubles digestifs, moins résistants à la tuberculose et plus réceptifs aux maladies infectieuses que ceux qui ont été nourris au sein ».

Dans la statistique de GRULEE, SANFORD et HERRON, sur les 3.646 enfants ayant eu des affections diverses, 37,1 % étaient élevés au sein, 53 % à l'allaitement mixte, 63,6 % à l'allaitement artificiel. Et la morbidité des enfants au biberon portait, pour une grande part, sur les affections respiratoires auxquelles revient une si large part aujourd'hui dans la mortalité infantile.

Le Professeur CASSOUTE rapportait en 1932, que l'hospice des Enfants assistés des Bouchés-du-Rhône, comprend deux sections distinctes : l'une destinée aux enfants abandonnés nourris au biberon, l'autre où on reçoit les filles-mères avec leur nourrisson qu'elles allaitent au sein. Pendant l'hiver une épidémie de grippe étant survenue, elle atteignit presque la totalité des nourrissons élevés au biberon. L'épidémie ayant été plutôt bénigne, les formes observées n'ont pas été graves, mais tenaces, à récides, avec température très élevée au début et plus tard des complications inquiétantes (troubles gastro-intestinaux, bronchites, otites). Parmi les enfants nourris au sein, les cas de grippe ont été rares, à allure bénigne et fugace, ne dépassant jamais 3 à 4 jours et sans complications ul-

térieures. « L'observation de cette épidémie, dit-il a donc eu la valeur d'une épreuve de laboratoire ».

Citons encore cette parole de LESAGE (61) :

« Un bel enfant au sein fera toutes les maladies en se jouant d'elles; au contraire, le bel enfant au biberon tombera vite sous le coup de l'infection, et, s'il sort de la lutte, il restera éreinté, fatigué, cachectique ».

PERIL CONGENITAL

Quant au prématuré, à l'hérédo-syphilitique, il est bien certain que sa seule chance de survie, c'est l'allaitement maternel. Cela est si vrai que, pour ces enfants, quand leur mère ne peut les allaiter, on s'ingénie à leur procurer du lait de femme et ainsi seulement (avec l'aide sans doute d'autres thérapeutiques) on peut les sauver.

Nous voyons donc que si sa mère lui assure le lait auquel « il a droit », l'enfant sera protégé en grande partie contre les trois principaux périls qui le menacent au cours de la première année de la vie.

DEVELOPPEMENT ULTERIEUR DE L'ENFANT

Certains auteurs disent même que le développement ultérieur de l'enfant sera beaucoup meilleur si l'enfant a été allaité au sein.

Les uns attribuent une grosse importance à l'action du « têter ».

Il est bien évident qu'une tétine de caoutchouc, si perfectionnée soit-elle, disent-ils, demande au nourrisson moins d'efforts de succion que le sein maternel. La position de l'enfant à plat, biberon levé, favorise l'arrivée aisée du lait. Le lait de sa mère vient moins facilement, surtout si l'enfant est tenu en position orthostatique, comme on le préconise actuellement. Le nourrisson doit redresser la tête, tendre la nuque, faire travailler ses muscles masticateurs. Ces efforts puissants contribueront à développer ses muscles et son squelette. La mère évitera à son enfant la glossoptose, les malformations du maxillaire, le dos voûté. Elle lui préparera un thorax ample, une bonne respiration, une phonation parfaite. « Ainsi de même que le lait maternel s'avère comme le meilleur aliment du nouveau-né, le têter apparaît non seulement le premier en date, mais le premier en importance, des exercices physiques, celui qui aura la plus forte répercussion sur l'avenir » (27).

Par ailleurs, des auteurs américains (48) ont examiné avec soin, physiquement et intellectuellement (tests psychologiques), 363 enfants d'écoles américaines. Connaissant leur alimentation, au cours de la première enfance, ils sont arrivés, par des études minutieuses, à conclure que :

les enfants nourris artificiellement :

- étaient plus susceptibles de contracter les maladies contagieuses;
- apprenaient moins vite à parler et à marcher;
- donnaient peu d'enfants d'intelligence supérieure.

Seul l'allaitement au sein donnait des enfants d'intelligence brillante. D'ailleurs, au point de vue intellectuel, notons, en passant, que ceux qui avaient été nourris trop longtemps à l'allaitement au sein étaient les plus déficients, — et ils concluaient : les enfants nourris au sein pendant 4 à 9 mois, sont nettement supérieurs physiquement et intellectuellement aux autres.

Notons que récemment, dans des enquêtes faites dans les écoles de Paris (16), on a établi pour un grand nombre d'enfants des fiches très complètes de biotypologie et d'aptitudes scolaires. Le mode d'alimentation pour chaque enfant avait été noté. Mais les travaux faits dans un tout autre sens ne cherchaient en aucune façon à en montrer l'importance. L'examen des résultats, pour chaque enfant, si on se reportait à son mode d'alimentation, ne nous ont pas paru très démonstratifs.

II. L'ALLAITEMENT AU SEIN, FACTEUR PSYCHOLOGIQUE. LES DANGERS DE LA SEPARATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT

L'allaitement au sein n'a pas seulement une importance alimentaire primordiale, il a également une très grande importance psychologique.

Bien des jeunes mères ont dit qu'elle se sont senties vraiment mères quand elles ont mis leur enfant au

sein. Tous les accoucheurs et sages-femmes savent qu'une mère délaissée, n'abandonne presque jamais son enfant, si on a obtenu qu'elle l'allait 2 à 3 mois. Si la généralisation de l'allaitement maternel évitait seulement quelques abandons d'enfant, cela suffirait à le rendre indispensable. Songeons que pour la seule année 1935, dans la ville de Paris, on a abandonné 1.312 enfants.

Sans l'abandonner, si la mère n'allait pas son enfant, elle sera souvent tentée de se séparer de lui. Croyant bien faire, elle pense que l'air de la campagne lui sera plus favorable, qu'elle ne peut s'en occuper suffisamment, qu'il sera mieux soigné si elle le confie à sa mère ou le place dans une pouponnière etc...

Ainsi l'enfant se verra exposé à l'ignorance d'une grand'mère, à l'indifférence d'une étrangère, aux risques d'une collectivité infantile.

Si sa mère l'allait, elle ne pourra s'en séparer; parfois, ne pouvant concilier un travail extérieur avec l'allaitement de son nourrisson, elle restera chez elle, pour le plus grand bien de ses enfants. De toute façon, elle entourera son enfant de ces mille soins, qu'une mère seule peut donner, l'expérience l'a prouvé depuis des siècles, et ainsi, mieux que d'aucune autre façon, l'enfant sera à l'abri du « péril infectieux » doublement conjuré par les soins de sa mère.

« Tout ce qui sépare l'enfant de sa mère le met en souffrance et en danger de mort ». Cette formule reste éternellement vraie.

De nombreux auteurs ont montré l'importance des soins maternels.

Si l'allaitement artificiel donne 16 % de mortalité dans les familles, disait BONNAIRE, il en donne 30 % à distance; s'il donne 32 % dans la famille, disait PETIT, il donne 63 % à distance (87).

LULLING dit : 14,25 % de mortalité si l'enfant est au sein dans la famille, 31,29 % s'il est au sein en nourrice; 32,63 % au biberon dans la famille, 50,24 % au biberon en nourrice. VITREY cite des chiffres analogues.

En 1913, REID, de Stafford, estimait qu'en Angleterre, la mortalité est de 43 % plus élevée pour les enfants dont les mères travaillent que pour les enfants dont les mères restent à la maison; FELHOEN, pour les ouvrières de l'industrie textile de l'arrondissement de Lille, notait une mortalité de 38 p. 100 des naissances.

A l'heure actuelle encore, malgré tout ce qu'on a fait en France depuis la loi Roussel pour protéger les enfants séparés de leur mère, suivant un rapport d'un inspecteur de l'Assistance publique pour 1936, nous voyons que dans son département (Aude) la mortalité des pupilles de 0 à 1 an est de 13 %. (Actuellement la mortalité infantile est inférieure à 7 % pour l'ensemble de la France).

Le docteur LAMALLE (57) rapporte qu'à Maryland (E. U.), la séparation de la mère et de l'enfant avait paru si grave, qu'elle est interdite par une loi dénommée loi de six mois, pendant les six premiers

mois, à moins de circonstances spéciales. Grâce à cette loi, la réduction de la mortalité infantile aurait été de plus de 50 % pour les enfants illégitimes. « L'allaitement maternel rendu possible par la loi « des six mois » est une des principales raisons de réduction de la morbidité et de la mortalité infantile ».

*
**

Et puis, sans toujours parler chiffres et mortalité, n'est-ce pas l'allaitement maternel qui contribuera à établir les liens spirituels si étroits qui attachent une mère à son enfant, un enfant à sa mère.

GOUNOD a écrit dans ses « Mémoires d'un artiste » :

« Ma mère qui avait été ma nourrice, ne m'allaitait jamais sans chanter, et je peux dire que j'ai pris mes premières leçons, sans m'en douter, sans en avoir conscience; j'avais déjà la notion très claire, très précise, des intonations et des intervalles qu'elles représentent, des tout premiers éléments qui constituent les modulations et de la différence caractéristique entre le mode majeur et le mode mineur; et cela, avant même de savoir parler, puisqu'un jour, ayant entendu chanter dans la rue par quelques mendiants sans doute, une chanson en mode mineur, je m'écriai : maman, pourquoi qu'ils chantent en do qui ploie ? ». Cet exemple n'est-il pas frappant ? Dans l'allaitement du petit, il n'y a pas seulement « alimentation », il y a aussi communication spirituelle.

CHAPITRE III

LES MOYENS D'ASSURER DU LAIT HUMAIN AUX ENFANTS, EN DEHORS DU SEIN MATERNEL

I. LES NOURRICES MERCENAIRES

A défaut du lait de sa mère, le lait d'une autre femme est celui qui convient le mieux à l'enfant.

De tout temps, on a songé à donner à l'enfant privé du sein maternel, une nourrice étrangère.

Autrefois, il arrivait fréquemment que les mères pauvres privaient leurs enfants de leur lait, pour se placer comme nourrices. Il fut même une époque où délibérément les mères aisées faisaient appel à des nourrices mercenaires, considérant comme dégradant le fait d'allaiter leurs enfants.

On comprend combien devait être pénible à une mère d'être obligée pour vivre et faire vivre son enfant, de l'abandonner, de le priver du sein, pour donner son lait à l'enfant d'une étrangère.

MARFAN rapporte, dans son traité de l'allaitement, que dans la Grèce ancienne, les esclaves étaient seules nourrices et que, quand une femme libre se livrait au commerce de son lait, elle était considérée comme une

prostituée et nous comprenons aisément cette opinion.

Néanmoins, et pour de multiples raisons, l'industrie des nourrices mercenaires avait continué, à travers les âges, florissant jusqu'à ces derniers vingt ans.

Les nourrices mercenaires étaient de deux sortes :

NOURRICE SUR LIEU

Avantageuse pour le nourrisson qu'elle allaitait. Surveillée dans les familles, les résultats étaient presque aussi bons que dans l'allaitement maternel, si on avait pris soin d'écarter tout danger de contagion (syphilis ou tuberculose).

Avantageuse pour la nourrice : elle en retirait évidemment des avantages pécuniaires et une vie plus large, sans travail pénible, souvent trouvait là ses seuls moyens d'existence. Néanmoins, comme l'enfant à allaiter n'était pas toujours examiné avec autant de soins que la nourrice, il y avait pour elle des risques indéniables de contagion (syphilis en particulier).

L'enfant de la nourrice était la principale victime. En effet, exceptionnellement, on l'acceptait avec sa mère. En général, il retournait dans sa campagne natale et mal soigné à une époque où l'hygiène élémentaire et les règles premières de l'allaitement artificiel étaient inconnues, il succombait presque à coup sûr.

NOURRICE A DISTANCE

Elle devait en principe réserver son lait à l'enfant qu'elle avait en garde. Mais pratiquement, non surveillée, elle le donnait en plus ou moins grande partie à son enfant et la mortalité des enfants en nourrice à distance était effroyable.

En 1874, l'attention du législateur s'est fixée sur le sort de ces malheureux enfants : c'est le 23 décembre 1874 qu'a été promulguée la loi dite loi Roussel, du nom de son rapporteur, et complétée par le règlement d'administration publique du 27 février 1877. En voici les dispositions principales :

« Tout enfant âgé de moins de 2 ans qui est placé moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents, devient par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé...

...Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du Maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de 7 mois révolus ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme ».

Cette loi est la reconnaissance officielle de cette idée, que le lait de la mère appartient non à elle mais à son enfant. Elle a eu un grand retentissement et a été considérée comme l'un des faits les plus considérables de cette époque.

Signalons que récemment (octobre 1935), la loi

Roussel a été modifiée, étendant la protection jusqu'à l'âge de 3 ans, et à tous les enfants placés en nourrice « moyennant salaire » ou non.

Elle a eu des effets certains, en faisant diminuer les décès des enfants protégés, 60 % de mortalité en 1860, 21 % en 1901. La mortalité des nourrissons placés sous la tutelle de la loi de 1874 est en général inférieure à la mortalité infantile générale (Seine, 5,73 % en 1906; Nièvre, pays nourricier par excellence, 4,9 % en 1902 etc., PORAK).

La loi Roussel a eu aussi le mérite de diminuer le nombre des nourrices sur lieu, surtout à partir de 1900, date de la meilleure exécution de la loi (4.255 nourrices inscrites en 1900; 2.600 en 1906). Si elle avait été strictement appliquée, elle aurait pratiquement supprimé les nourrices mercenaires, en dehors des femmes qui ont perdu leur enfant à la naissance, peu de médecins pouvant se résigner à donner à un nouveau-né du lait vieux d'au moins 7 mois.

Jusqu'à la guerre, la loi Roussel n'a pas été appliquée strictement; l'article autorisant la mère à se placer comme nourrice si son enfant était allaité par une autre femme, a souvent servi d'échappatoire, par suite de la complaisance des maires, secrétaires de mairies et de certains médecins qui délivraient de faux certificats, et l'industrie des nourrices a continué à prospérer.

Depuis la guerre, la situation a changé et les nourrices au sein ont actuellement pour ainsi dire disparu.

Depuis quelques années à Paris, il est pratiquement impossible de trouver une nourrice sur lieu. En province, si on voit encore quelquefois des nourrices dans les familles, il s'agit de cas tout à fait exceptionnels et dans les grandes villes (Bordeaux, Lyon), il est aussi difficile de trouver une nourrice, qu'à Paris. Les médecins qui veulent absolument s'en procurer ont dû parfois faire appel à des étrangères venues de pays où l'industrie nourricière est encore florissante (Espagne, en particulier).

De même les nourrices au sein, à distance, ont pratiquement disparu.

En 1898, sur 17.437 enfants envoyés en nourrice hors de Paris, il y en avait 4.140 nourris au sein; en 1918, sur 7.042 enfants envoyés en nourrice, il y en avait 50 au sein; en 1931, sur 7.042 enfants, il y en avait 2 au sein. En 1935, il n'y avait pas une seule nourrice au sein inscrite dans l'année à la préfecture de police (2).

Parmi les diverses causes qui ont contribué à faire disparaître les nourrices au sein, l'application de la loi Roussel, si elle n'a pas été suffisante, à elle seule, occupe une place certaine, mais bien d'autres facteurs ont joué :

— la guerre, qui a ouvert aux femmes maints emplois, permettant aux filles-mères de trouver à gagner leur vie autrement qu'en se plaçant comme nourrice;

— puis la période de prospérité d'après-guerre où toutes les femmes trouvaient à gagner leur vie.

Quand la crise a réapparu, le retour à l'industrie nourricière était impossible :

— l'état d'esprit des femmes qui auraient pu être nourrices avait changé; de plus en plus les femmes se refusent à se placer comme domestiques et ne veulent pas aliéner leur liberté;

— les filles-mères sont actuellement protégées, ne sont plus entourées du même murmure désapprobateur général et trouvent à se placer selon leurs capacités; de nombreuses maisons maternelles ont ouvert leurs portes aux femmes qui ne pourraient autrement élever leur nourrisson et subvenir à leurs besoins;

— de plus, les demandes sont devenues beaucoup moins nombreuses; les femmes de la bourgeoisie ne refusent plus d'allaiter leurs enfants, et en tous les cas, l'allaitement artificiel a fait de tels progrès que dans la plupart des cas le médecin n'est pas désarmé, en l'absence de lait maternel. Enfin, il est certain que les habitudes des classes dites aisées ont changé; la présence de domestiques est devenue de plus en plus rare dans les jeunes ménages et l'exiguïté des appartements modernes s'accommoderait mal de la présence d'une nourrice.

Enfin, il est certain que l'état d'esprit des mères a changé : autant il répugnerait aux unes de se placer dans une famille étrangère pour donner le lait qui est dû à leur nourrisson, autant il semblerait monstrueux aux autres d'accepter dans leur foyer une

étrangère qui abandonnerait son propre enfant pour venir allaiter le leur.

En définitive, que ce soit pour une raison ou pour une autre, l'industrie nourricière a pratiquement disparu et ne pourra reparaitre.

Cette disparition est certainement heureuse; l'allaitement mercenaire était « antisocial » et on a justement lutté contre lui. Pourtant, il arrive qu'un enfant sevré, ne trouve de chance de survie que dans une alimentation passagère ou de quelque durée au lait humain. Les médecins en seraient-ils réduits à laisser mourir ces enfants, faute du lait que la mère ne peut leur donner ? C'est ce problème que l'on essaye de résoudre actuellement.

II. L'ALIMENTATION DES ENFANTS AU LAIT DE FEMMES TIRE. — LES CENTRES DE DONNEUSES DE LAIT

Il y a déjà longtemps que dans les Maternités et les hôpitaux d'enfants on utilise le lait de femme tiré pour l'alimentation, partielle ou totale de nourrissons privés du sein de leur mère, et qui pour des raisons diverses (prématurés, débiles, malades) ne peuvent se passer momentanément de lait humain.

Le professeur MARFAN, lorsqu'il prit la direction de l'Hospice des Enfants assistés, et qu'il vit après

la guerre la difficulté de se procurer des nourrices au sein, fit entrer en 1924 comme nourrices, des femmes qui allaitaient leur enfant. La mère était hospitalisée avec son enfant et continuait à l'allaiter. Ce n'est que le surplus du lait qu'elle pouvait produire qui était tiré et donné aux enfants de l'hospice selon leur besoin (119). Grâce à cette méthode et aux mesures d'hygiène instituées, la mortalité dans les nourriceries des Enfants Assistés était tombée de 50 % en 1920, à 14 % en 1927 et n'est plus actuellement que de 7 % (2). Ce chiffre est très faible si l'on songe au « mauvais cas » que représentent ces enfants, sevrés dès la naissance, pour la plupart, souvent chargés de lourdes tares héréditaires, enfin élevés en milieu hospitalier dont on connaît tous les risques infectieux. La valeur de cette méthode était donc prouvée.

Actuellement en France, dans certains hôpitaux d'enfants, dans la plupart des maternités, on recueille le lait de femmes qui, hospitalisées avec leur enfant, le nourrissent et fournissent un supplément.

Ce supplément sert aux enfants hospitalisés, privés du sein de leur mère et dont l'état nécessite impérieusement du lait de femme. Les résultats obtenus ont toujours été satisfaisants.

A l'œuvre de placement des nourrissons de Madame LORTHIOIS à Tourcoing, existe, depuis plusieurs années, une pouponnière réservée aux nourrissons dont l'état nécessite l'alimentation totale ou partielle au lait de femme (59). L'approvisionnement en est

assuré par la juxtaposition à la pouponnière, d'une maison maternelle chargée de la production du lait de femme. Ainsi avait été créé, dans l'enceinte « du centre de Tourcoing », en quelque sorte un « centre de donneuses de lait ».

De la même façon, partout où il existe des maisons maternelles on tend à créer à proximité, des établissements où les nourrissons débiles, séparés de leur mère, pourront profiter des excédents de lait humain fourni par les pensionnaires de la maison maternelle.

En particulier, on tend à annexer aux maisons maternelles départementales les pouponnières dépositaires des Enfants Assistés où les enfants sont habitués à l'allaitement artificiel avant d'être envoyés en nourrice.

Un bel exemple en a été réalisé récemment dans les Basses-Pyrénées (29). Les donneuses de lait sont les filles-mères hospitalisées à la maison maternelle annexée à la maternité de Pau. La règle étant que toutes les femmes allaitent leur enfant, on ne dispose que de l'excédent de lait. Le choix des nourrices est déterminé par le médecin-directeur (absence de toute affection contagieuse et lactation abondante). Une seule traite est effectuée le matin avec un tire-lait ordinaire. Le lait est versé dans une bouteille-thermos stérilisée et bouchée hermétiquement, transporté aussitôt à la pouponnière de Buros à 5 kilomètres, où sont les enfants abandonnés, dès le deuxième jour de l'abandon et distribué aux débiles.

Ainsi la mortalité est tombée de 25,42 % en 1926 à 6,12 % en 1934.

Ces mesures sont de la plus haute utilité. Il était urgent, de donner des chances de survie aux enfants abandonnés et aux nourrissons hospitalisés, ces déshérités de la vie, en leur assurant, lorsque leur état l'exige, du lait humain.

Mais il était navrant de penser qu'un nourrisson élevé dans sa famille et sevré (il y en aura toujours, mort ou tuberculose de la mère, etc...) s'il était débile ou malade, ne pouvait bénéficier du seul aliment salubre : le lait humain. On en arrivait à encourager parfois des parents à faire entrer leur enfant dans un service hospitalier (malgré les risques que l'on sait) parce qu'autrement il aurait été impossible de lui donner du lait de femme.

C'est ce qui a décidé l'administration de l'assistance publique de Paris à créer *le premier centre de donneuses de lait* à la Clinique Baudelocque.

Ces centres existent déjà depuis longtemps à l'étranger (Etats-Unis, Allemagne, Italie, Argentine, etc., etc.). Différentes méthodes ont été envisagées. Nous les passerons rapidement en revue avant d'exposer le fonctionnement du centre de Baudelocque.

Il ne peut s'agir que d'institutions publiques. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. On comprend l'intérêt que des particuliers auraient à falsifier le lait ou à pousser les mères à frustrer leur nourrisson de la ration nécessaire.

CHOIX DES NOURRICES

Les nourrices sont choisies naturellement parmi les femmes à lactation abondante, et après examen médical sévère excluant tout risque de contagion (examen clinique, radiographie pulmonaire, réaction de Wassermann, examen du nourrisson chez qui l'absence de signes d'hérédo-syphilis a une grosse valeur). Ces examens semblent être suffisants, car jamais il n'a été signalé de contagion par ce mode d'alimentation.

Naturellement, on s'assure également que la nourrice est suffisamment robuste pour supporter ce rôle d'être en quelque sorte deux fois nourrice.

MODE DE VIE DES NOURRICES

En France, jusqu'ici toutes les femmes appelées à donner leur lait dans les hôpitaux ou maternités étaient hospitalisées. Cette méthode, si elle limite l'extension de la récolte du lait, offre par contre le maximum de garanties. Il est évident, que le contrôle médical d'une nourrice à demeure s'avère beaucoup plus parfait que celui d'une donneuse à domicile. D'autre part, ce système permet d'éliminer les abus par lesquels des mères, pour gagner quelque argent, pourraient priver leur enfant de la ration nécessaire.

Mais dans certains pays (en U. R. S. S. (73), en Argentine (9)), on emploie le lait de femmes vivant au

dehors et qui viennent seulement pour la traite. Aux Etats-Unis on utilise selon les cas les deux méthodes (46-108). Les auteurs ne disent pas avoir eu d'ennuis, avec une bonne surveillance.

RECOLTE DU LAIT

On récolte parfois le lait par traite manuelle, c'est ce qui se fait dans diverses maternités parisiennes (Port-Royal, Tenon, etc.), en U. R. S. S. (73). Mais beaucoup d'auteurs ont préféré utiliser des pompes à lait qui leur paraissent présenter des garanties meilleures d'asepsie : pompe à lait du docteur ABR (108), appareil JASO (102). A Buenos-Ayres où on fait la traite en grand on emploie un appareil spécial, permettant une extraction simultanée du lait de 8 nourrices (polyextractor).

MELANGES DES LAITS

En France, pour réduire les manipulations, on recueille directement le lait dans des flacons stériles, et on le donne directement au nourrisson, ce qui a évidemment l'inconvénient d'employer du lait d'un âge déterminé qui ne sera pas toujours celui du nourrisson qui l'emploie.

A l'étranger, on pratique le mélange des laits (Argentine, Etats-Unis) par analogie avec ce qui se fait partout pour le lait de vache.

CONSERVATION DU LAIT

En France, on ne se sert que de lait frais, ce qui est évidemment un avantage incontestable; mais comme l'offre n'est pas toujours égale à la demande, à l'étranger où les centres de donneuses existent déjà depuis longtemps, on a pris l'habitude, dans certains pays, de conserver le lait par divers moyens, de le stocker en quelque sorte, ce qui présente un gros avantage commercial. Mais s'agit-il ici d'avantage commercial ?

LAIT DESSECHÉ.

Un des premiers essais a été la dessiccation (Emerson 33). Mais ce procédé n'a pas donné satisfaction et a été abandonné.

LAIT STÉRILISÉ OU PASTEURISÉ.

Il est évident que ce procédé altère le lait et lui enlève une partie de ses propriétés (voir chapitre 1^{er}). Malgré cela, vu sa commodité, il est employé aux Etats-Unis (46-108) en Argentine (9), en Uruguay (10), en Allemagne (15).

Mais en Allemagne, CATEL s'est élevé contre ces moyens de conservation du lait. Les conclusions de ses travaux sont formelles : « par la stérilisation, la valeur biologique du lait spécifique est considérablement diminuée, la croissance des nourrissons est retardée ou même presque arrêtée, des maladies apparaissent fréquemment (troubles gastro-intestinaux,

affections respiratoires), les échanges sont diminués (mauvaise utilisation des graisses, hydrates de carbone, matières minérales). Les résultats ne sont pas meilleurs qu'avec l'allaitement artificiel (15).

LAIT CONGELÉ.

Ailleurs on utilise la congélation. Ce procédé semble être le moins mauvais et aurait permis de conserver sans altération du lait de femme pendant 15 jours (32-67-114).

Evidemment ces méthodes ont leur intérêt; en République Argentine on arrive à transporter le lait de femme pasteurisé, puis congelé à 200 kilomètres et à le conserver 48 heures, ce qui permet d'alimenter des endroits trop peu importants pour qu'on y installe un centre.

Elles permettent de vendre le lait de femme à des prix relativement bas (5 marks le litre en Allemagne, 45 centésimes les 100 grammes (2 fr. 50) aux Etats-Unis, 20 c. de peso (1 fr. 10) les 100 grammes en Uruguay). Mais ces prix sont encore trop élevés pour des laits qui ne donnent pas de meilleurs résultats que le lait de vache.

A l'étranger, les centres de donneuses de lait existent depuis plusieurs années dans différents pays; en Allemagne, il en existe dans presque toutes les grandes villes, également aux Etats-Unis, en U.R.S.S.

En Amérique du Sud, il y a longtemps que ces centres fonctionnent, en particulier à Buenos-Ayres où on a fondé récemment un grand centre de dis-

tribution de lait, « le Lactarium ». Cette propagande a surtout été faite pour lutter contre l'allaitement mercenaire. En France, cette « industrie » a heureusement disparu d'elle-même, en Angleterre également. Ce n'est que quand les nourrices mercenaires eurent complètement disparu que les médecins se sont émus dans des cas où le lait humain aurait été indispensable et leur manquait. La création de centres de donneuses de lait s'imposait, à indications limitées, il est vrai, mais impérieuses.

Le 20 novembre 1936, l'administration de l'Assistance Publique inaugurait à la clinique Baudelocque le *premier centre de donneuses de lait*, qui fonctionne depuis sous la direction de Monsieur le Professeur COUVELAIRE. Nous le remercions de l'aimable accueil qu'il nous a fait, quand nous sommes venue lui demander de visiter ce centre, et de l'autorisation qu'il nous a donnée d'en exposer ici le fonctionnement.

Le centre de donneuses de lait a été installé dans un bâtiment situé dans l'enceinte de la Maternité-Baudelocque, en bordure du boulevard de Port-Royal, exactement à droite de la porte d'entrée, par conséquent facilement accessible aux acheteurs.

Il comprend un dortoir pour les nourrices, une crèche pour leurs enfants, une salle de traite, un bureau de vente.

RECRUTEMENT DES NOURRICES.

Il se fait à la Maison Maternelle de St-Maurice ou

à la maison de convalescence du Vésinet, parmi les femmes qui ont accouché dans les maternités parisiennes deux mois auparavant. Naturellement, on ne les admet qu'après un examen médical sévère.

CONDITION DES NOURRICES.

Les nourrices sont obligatoirement internes, logées et nourries gratuitement et reçoivent un traitement mensuel de l'ordre de celui des employées qui entrent à l'Assistance publique, touchent également les allocations familiales. Naturellement, ce sont des conditions avantageuses qui ne manqueront pas de leur plaire et de leur faire oublier leur internat forcé. Occupées du soin de leur enfant, elles ne donnent pas l'impression de s'ennuyer. Elles vont et viennent dans les jardins de la clinique. D'ailleurs, l'expérience des « nourrices » des maternités a montré que la vie hospitalière leur plaisait. Beaucoup demandent ensuite à entrer à l'Assistance Publique et y font leur carrière. Il en sera sûrement des « donneuses » comme des autres.

De plus, d'un point de vue psychologique, il leur semblera sûrement honorable d'avoir été « donneuse de lait », comme il semble honorable d'être « donneur dans un service de transfusion », et beaucoup plus digne que d'être « nourrice ».

La « donneuse de lait » commence par assurer le régime de son nourrisson. C'est le surplus qui est tiré à chaque tétée. Les tétées ont lieu six fois par jour à 4 heures, 7 heures, 10 heures, 13 heures, 16 heures,

19 heures. Naturellement, quand il y a des enfants âgés de plusieurs mois, ils n'ont pas six têtées par jour, et certaines têtées sont recueillies entièrement. Actuellement, après 5 mois de fonctionnement, il y a des enfants de 7 mois et 9 mois à qui on donne des bouillies. La lactation est d'autant plus abondante que l'accouchement est plus éloigné et comme, à ce moment, on n'alimente plus l'enfant exclusivement au sein, la production de lait est beaucoup plus abondante.

Le lait est recueilli, par traite à la pompe électrique, dans des flacons stériles gradués contenant 80 grammes, soigneusement bouchés et gardés à la glacière jusqu'à la vente. On pourra adapter des télines à ces flacons.

Actuellement, le centre compte six nourrices. Chaque nourrice donne de 500 gr. à 600 gr. de lait par jour. Une nourrice dont l'enfant a 9 mois a donné 890 gr. En une journée, on recueille 4 à 5 litres de lait.

Les heures de vente sont : le matin de 10 heures à 11 heures, l'après-midi de 16 heures à 17 heures. Jamais on ne garde de lait jusqu'au lendemain. Comme la dernière traite a lieu à 19 heures, on se sert de son produit et de ce qui peut rester invendu dans la journée pour les besoins de la clinique Baudelocque, de Port-Royal, ou de tout autre hôpital qui en ferait la demande.

A l'heure actuelle, la demande est en général supérieure à la récolte du lait, et on a été obligé d'en refuser.

Le lait n'est délivré que sur certificat médical, émanant d'un médecin qui indique la quantité à employer, et doit en délivrer un autre au bout de quinze jours s'il juge le régime encore nécessaire. De cette façon, on évite les abus et on réserve ce lait aux seuls enfants qui en ont un besoin absolu.

Les médecins ont rarement indiqué sur leurs certificats les raisons qui les ont appelés à demander du lait de femme. Parmi ceux qui l'ont fait, nous relevons :

Prématurés : 7, dont un athrepsique de un mois intolérant à tous les laits;

2 jumeaux pesant 1760 gr. et 1740 gr. à six semaines;

un débile.

Débiles : 3, dont un jumeau pesant 1000 gr.

Troubles digestifs : 6, dont 3 diarrhées graves (il y en aura certainement plus l'été).

un hypothrepsique.

Intolérants au lait de vache : 2, dont un perdait du poids et ne pesait pas 3 kgs.

Une broncho-pneumonie chez un enfant de 12 jours.

Un enfant opéré de sténose du pylore.

En général, les causes n'ont pas été indiquées sur le certificat. Parfois l'âge seul a été donné et n'indique jamais plus de deux mois. Très souvent, il s'agissait d'enfants encore dans des cliniques d'accouchement.

L'indication de l'alimentation au lait de femme

dans tous ces cas était donc formelle, si la mère ne pouvait donner le sein.

Les doses demandées variaient de 20 gr. à 750 gr., étaient le plus souvent de 200 gr. à 500 gr. Certains enfants n'ont reçu du lait de femme que quelques jours, d'autres plusieurs mois. Le centre fournit du lait à un enfant depuis plus de 4 mois.

D'après les renseignements qu'ont recueillis les infirmières du centre, les résultats ont été très satisfaisants. La mort n'a été connue qu'une fois, ce qui est très beau si on considère que les demandes n'ont été faites que dans des cas très graves.

Le prix du lait est très élevé; c'est sans doute le seul inconvénient de la méthode et encore a-t-il son bon côté, car il évite les abus. Actuellement, on le vend 10 francs les 100 gr. Mais ce prix n'est pas exagéré si on considère que l'Assistance Publique doit subvenir à l'entretien des six nourrices et de leurs enfants, qu'elle leur donne un traitement égal à celui de ses employées, que tout le lait de la dernière têtée n'est pas vendu et que souvent des divers hôpitaux, on demande du lait au centre. Enfin, dans bien des cas, les familles ne pouvant subvenir à des dépenses aussi élevées, l'Assistance Publique, après enquête serrée, accorde des réductions, souvent très importantes.

En 1933, à l'œuvre du placement des nourrissons de Tourcoing, on estimait que le lait de femme revenait à 50 francs le litre. Si on considère que depuis la monnaie a été dévaluée et qu'une grande partie

du lait n'est pas vendue au prix fort, on se rend compte que le prix de 100 francs le litre, qui paraît élevé au premier abord, n'est certainement pas en accord avec le prix que le centre coûte à l'Assistance Publique.

Evidemment des critiques sont possibles; le lait de femme tiré ne vaudra jamais celui que l'enfant tète au sein de sa mère (voir chapitre premier). Malgré toutes les précautions, il risque d'être altéré (84); en général, il sera trop vieux (les donneuses fournissent surtout à la fin de leur période de lactation et les enfants qui ont besoin de ce lait sont en général très jeunes). Telle qu'elle est cette méthode est tout de même très utile; trop récente encore pour qu'on puisse la juger avec assez de recul, elle s'annonce favorable. Si elle permet de sauver quelques vies d'enfants, elle doit être employée dans toute la France.

D'ailleurs, la création de centres de donneuses de lait a été envisagée dans les grands centres urbains. Le ministre de la Santé Publique et le Sous-Secrétaire d'Etat à la Protection de l'Enfance ont adressé aux préfets une circulaire relative à l'organisation des centres de donneuses de lait (J. O., 13 mars 1937), dont voici les principales dispositions :

« 1° *Possibilités générales d'application de la méthode préconisée.*

Pour le moment tout au moins, il convient de n'envisager la création des « centres de donneuses » que dans les agglomérations urbaines... Mais il convient toutefois de ne pas perdre de vue qu'il ne s'agit là

que d'un traitement, c'est-à-dire d'une méthode d'exception à ne mettre en œuvre que sur avis motivé du médecin et dans des cas où les circonstances particulières le justifient ».

2° Choix des nourrices. Mesures à prendre pour éviter la transmission des maladies infectieuses par le lait.

...Enfin, il ne faut pas oublier, dans les conditions qui dictent la détermination, la santé de l'enfant de la nourrice auquel appartient avant tout autre le lait de sa mère. Seul l'excédent du lait qui, pour lui, serait superflu, pourra être distribué à d'autres nourrissons.

3° Précautions à prendre pour la récolte, l'em-bouteillage, la conservation, le transport à distance du lait.

4° Détermination des catégories d'enfants susceptibles de bénéficier du lait.

Les catégories d'enfants auxquels il sera nécessaire d'attribuer le lait recueilli dans les « centres de donneuses » seront déterminées par des médecins et le lait délivré sur certificat médical, comme un médicament.

5° Considérations budgétaires.

CHAPITRE IV.

DES CAUSES QUI EMPECHENT LES MERES D'ALLAITER

A l'heure actuelle, en France, la majorité des femmes n'allaitent pas ou allaitent très peu leurs enfants. Des chiffres exacts sont impossibles à donner; aucune statistique s'étendant à toute la population de la France n'a été dressée.

Les chiffres que l'on donne ne peuvent provenir que :

— de statistiques de primes d'allaitement; mais alors elles se bornent à un petit nombre de mères, justement celles qui ont un intérêt pécuniaire à allaiter et laissent complètement de côté les autres;

— de statistiques de consultations de nourrissons; mais il s'agit encore de mères encouragées moralement, aidées médicalement, souvent pécuniairement, également dans des conditions très favorables. Et les chiffres sont tellement différents qu'on ne peut guère en tenir compte.

— des statistiques de médecins praticiens; celles-ci seulement ont de la valeur, tout au moins à la campagne où le même médecin soigne toute la po-

pulation; et encore souvent les chiffres donnés ne proviennent que d'une appréciation personnelle et peuvent être entachés d'erreur involontaire, due à ce que le médecin est plus ou moins favorable à l'allaitement maternel et déplore plus ou moins la situation qu'il a sous les yeux.

A la ville, les différentes classes de la société sont souvent soignées par des médecins différents; leurs appréciations ne pourront donc avoir de valeur globale.

De plus, certaines statistiques considèrent comme ayant allaité les seules femmes qui n'ont pas donné à leur enfant d'autre nourriture jusqu'à l'âge de 1 an, d'autres sont plus ou moins exigeantes pour la durée de l'allaitement, d'autres enfin signalent comme ayant allaité toute femme qui a donné tant soit peu de lait à son enfant. Devant ces différences de base des évaluations sont difficiles.

La seule enquête faite systématiquement par des questionnaires adressés aux praticiens des différentes régions de la France est celle qu'ont faite, en 1935, CRUVEILHIER et LESAGE avec l'aide du Comité National de l'Enfance. Leurs données ont une valeur considérable parce que près de 700 médecins ont répondu, et que par conséquent les erreurs doivent se compenser.

Malheureusement elle ne portait que sur des populations rurales ou de localités de moins de 5.000 habitants, et s'est plus attachée à savoir si l'allaitement était en diminution ou en augmentation, qu'à donner le nombre des mères qui allaitaient.

Les médecins qui citent des chiffres les montrent le plus souvent dérisoires; 5 %, 10 % disent des médecins du Gers, 5 % un médecin de la Loire, 8 % un autre du Lot-et-Garonne, 10 % dans les classes pauvres, dans l'Ile-et-Vilaine; une sur dix, dit un médecin de Seine-et-Marne, une sur 30, un autre de Seine-et-Oise. A vrai dire, d'autres citent 50 % d'allaitements au sein (Eure, Gers). Un médecin du Morbihan dit que presque toutes les femmes de sa clientèle allaitent (162).

Donc, sans pouvoir citer de chiffres exacts, tout ce qu'on peut dire, c'est que dans l'ensemble, très peu de femmes allaitent leurs enfants et que selon l'opinion générale des médecins, l'allaitement maternel est en diminution.

Nous allons examiner rapidement les causes de cet état de choses et voir ce qui revient à chacune d'elles dans les nombreux cas de sevrage précoce que l'on observe actuellement.

I. LES MERES QUI NE PEUVENT PAS, MEDICALEMENT OU PHYSIOLOGIQUEMENT ALLAITER LEURS ENFANTS

a) CONTRE-INDICATIONS MEDICALES A L'ALLAITEMENT MATERNEL.

1° TENANT A LA MERE, ELLES SONT RARES, MAIS FORMELLES

C'est avant tout la tuberculose.

En cas de tuberculose pulmonaire ouverte ou en évolution, en dehors de toute possibilité de passage de bacilles ou de toxines tuberculeux — question que nous ne pouvons discuter ici — les risques de contagion pour l'enfant sont si grands que la séparation immédiate dès la naissance s'impose.

Pour la mère, le risque serait également très grand. L'accouchement et la lactation aggravent les lésions tuberculeuses; souvent d'ailleurs la mère meurt peu après l'accouchement.

En cas de tuberculose pulmonaire fermée, non évolutive, il faudra toujours se montrer prudent; le plus souvent déconseiller l'allaitement. Les risques pour la mère sont trop grands, les risques qu'entraînerait pour l'enfant une contagion si la mère devenait bacillifère, également trop importants, pour ne pas déconseiller l'allaitement, en dehors

d'une surveillance médicale, clinique, radiologique et bactériologique étroites.

Pour les femmes présentant une tuberculose non pulmonaire (osseuse, ganglionnaire, etc) il faudra déconseiller l'allaitement toutes les fois que l'état général est mauvais. Sinon, il pourra être autorisé. Mais on surveillera de près au cours de la lactation toute femme ayant présenté une lésion tuberculeuse.

Chez toutes les mères, en général, si l'état général devient mauvais, si il y a perte d'appétit, amaigrissement, il ne faudra jamais perdre de vue que la tuberculose est souvent secondaire à la puerpéralité, que la lactation peut la déclancher ou l'aggraver et que l'on ne saurait trop s'en méfier.

Si l'on songe que pour l'année 1933 (Statistique générale de la France), sur l'ensemble des décès de femmes de 20 à 30 ans, 44,8 % sont dus à la tuberculose, alors que pour les hommes du même âge, la tuberculose est en cause seulement dans 39 % des cas, alors que pour tous les âges la tuberculose est plus fréquente chez les hommes (9,5 % de la mortalité des hommes, 7,1 % de la mortalité des femmes), on ne saurait nier l'influence de la puerpéralité.

En dehors de la tuberculose, autre contre-indication formelle :

Les maladies mentales : psychoses puerpérales, psychoses de la lactation, ou maladie mentale antérieure. Les unes sont guéries ou améliorées par le sevrage, les autres risquent d'être aggravées par la lactation. En tous les cas, les risques que court le

nourrisson à rester au contact d'une mère aliénée sont tels qu'il ne faut pas hésiter à les séparer.

Autres contre-indications :

L'épilepsie, les diabètes graves, les cardiopathies mal compensées, le saturnisme,, les toxicomanies, les néphrites graves, les états cachectiques accompagnant les cancers, paludisme, maladies du sang, etc., etc..., les maladies aiguës fébriles, quitte à reprendre l'allaitement quand les signes généraux auront cédé.

Mme DLUSKI (28) dans une statistique faite en 1894 dans le service du docteur PINARD attribuait seulement 1 % des cas de non allaitement à ces causes.

DERESSE dans une thèse faite 20 ans plus tard (25) donnait encore une proportion plus faible.

2° TENANT A L'ENFANT

Il n'y en a qu'une c'est *l'intolérance vraie au lait de femme*. C'est un fait exceptionnel. Quelques cas sont relatés dans la littérature médicale. Ils commandent, vu leur gravité, le sevrage immédiat.

Presque toujours, il ne s'agit pas d'intolérance vraie, mais de troubles digestifs plus ou moins intenses et variés, aggravés par le sevrage, et dont on peut venir à bout par des traitements divers, comme l'a montré Mlle DESBROUSSE, dans sa thèse (26).

b) IMPOSSIBILITES MEDICALES A L'ALLAITEMENT.

1° TENANT A LA MERE

— malformations mammaires diverses, parmi lesquelles les mamelons ombiliqués sont les plus fréquents, rendant parfois l'allaitement impossible; cicatrices de brûlures, etc...

— affections mammaires : fistules mammaires, cancers, etc., hyperesthésie du mamelon, *crevasses*, galactophorite, *abcès du sein*, etc...

Nous ne pouvons entrer dans les détails de ces questions, qui dépasseraient notre sujet et qui ont été traitées par de nombreux auteurs. Il est certain que ces diverses causes sont parfois des impossibilités absolues à l'allaitement, mais dans la grosse majorité des cas, on peut en venir à bout et rétablir un allaitement normal.

MESNIL (81) les cite comme empêchant seulement l'allaitement dans 1 % des cas, chiffre sans doute trop faible, car établi dans une maternité où les femmes ne restent qu'une dizaine de jours; quoi qu'il en soit ces causes sont rarement des impossibilités à l'allaitement.

2° TENANT A L'ENFANT

Anorexie, malformations buccales, débilité, etc, ne sont pratiquement jamais des impossibilités,

grâce à l'emploi de tire-laits et de pompes à lait, dont la nécessité est impérieuse, car l'allaitement est justement indispensable dans la plupart de ces cas.

D'ailleurs, de l'avis unanime des médecins, les causes médicales de non allaitement sont exceptionnelles; 3 % des cas d'après l'enquête de CRUVEILLIER et LESAGE.

c) IMPOSSIBILITES PHYSIOLOGIQUES A L'ALLAITEMENT.

L'hypogalactie.

Il est des femmes qui en dehors de toute affection, malgré soins et bonne volonté, n'ont pas de lait ou si peu qu'il leur est impossible de nourrir leur enfant.

D'après les anciens auteurs, ces cas seraient exceptionnels. Des statistiques avaient été faites à une époque où BUNGE s'était déclaré convaincu de l'impuissance croissante des femmes à allaiter. PINARD, BUDIN, dans leurs ouvrages et les thèses qu'ils ont fait écrire estimaient que seulement dans 1 % des cas (28), dans 4 % des cas (81) les mères ne peuvent allaiter.

Ces statistiques de maternités sont certainement au dessous de la vérité; tout le monde sait que les femmes ont souvent beaucoup de lait et « le perdent » dès qu'elles ont recommencé leur vie normale, dès qu'elles ont repris leur travail.

Selon le professeur MARFAN, qui a étudié la question de très près, la proportion des mères à peu près saines qui sont vraiment dans l'impuissance physique d'allaiter ne dépasse guère 10 %. C'est à des conclusions analogues qu'aboutissait le travail de BLACKER sur l'incapacité d'allaiter des femmes pauvres de Londres, celui de NORDHEIM sur la rareté de l'allaitement naturel à Munich, de COZZOLINO sur des faits observés en Italie. « L'insuffisance de la sécrétion lactée, dit le professeur LEREBoullet est en réalité une des causes qui met le plus rarement obstacle à l'allaitement (60) ».

Il semble bien pourtant qu'il est des cas où l'allaitement au sein ne puisse être poursuivi par impuissance d'allaiter. A vrai dire, l'allaitement mixte rendu aisé grâce aux progrès de l'allaitement artificiel, peut permettre le plus souvent de prolonger quelques mois l'allaitement au sein. La grande majorité des médecins qui ont répondu à l'enquête de CRUVEILHIER et LESAGE constatent une diminution de l'allaitement au sein par insuffisance de la sécrétion lactée.

Selon eux, elle relèverait de causes diverses :

— *déficience organique* des mères, due peut-être à ce que les jeunes mères d'aujourd'hui sont des enfants de la guerre;

— *travail forcené* auquel se livrent la plupart des femmes qui assurent la double tâche d'exercer une profession et de remplir leur rôle de mère;

— *tares morbides* (alcoolisme etc.).

— *mauvaise hygiène alimentaire* et en particulier le mauvais pain actuel, tous facteurs contre lesquels on pourrait lutter utilement.

— Elle viendrait aussi de ce que les femmes ont d'autant plus de lait qu'elles ont un plus grand nombre d'enfants. Actuellement les familles comptent 1, 2, 3 enfants; les femmes d'autrefois auraient eu plus de lait parce qu'elles avaient 8, 10, 12 enfants.

— Enfin beaucoup de médecins insistent sur le fait que l'allaitement a été abandonné depuis des générations, le professeur MARFAN en particulier, quand il montrait que dans la classe bourgeoise, où pendant longtemps, les médecins déconseillaient aux mères d'allaiter, parce qu'ils les jugeaient trop faibles, les mères étaient moins bonnes nourrices qu'en milieu hospitalier.

« Une femme, disait-il, a plus de chance d'être bonne nourrice si elle a été allaitée par sa mère ». En Amérique, on a fait les mêmes constatations (39), en Allemagne également.

D'ailleurs on est tenté de croire au facteur *hérédité* si on considère que les femmes sont plus ou moins bonnes nourrices selon les régions et que dans certaines provinces de France où il y a des immigrées (italiennes, espagnoles, polonaises, etc...), ces femmes allaitent au sein alors que peu de françaises de même condition sont capables de le faire (13).

Mais si, comme dit le docteur Henri VIGNES (122),

il s'agit de l'hérédité d'un caractère acquis par non usage de la glande mammaire, n'est-il pas urgent de remédier à cet état de choses et de ne pas laisser sevrer les femmes actuellement encore capables d'allaiter leurs enfants, si on ne veut pas voir d'ici quelques générations tous les enfants de France réduits à têter un biberon ?

Et si par ailleurs, rien n'empêchait les femmes d'allaiter leurs enfants, ne s'avèreraient-elles pas plus aptes à la lactation ? Toutes les fois que l'on a vu les mères dans l'obligation absolue d'allaiter, elles se sont révélées pour la plupart bonnes nourrices.

Témoins les femmes des régions envahies pendant la guerre. Tout le monde connaît l'histoire des mères lilloises, qui, du fait de l'occupation allemande se trouvaient sans travail, et ne pouvant se procurer de lait de vache se sont vues obligées d'allaiter leurs enfants. Malgré les conditions de vie précaires, 90 % se sont avérées bonnes nourrices, alors qu'en 1914 43 % seulement des femmes allaitaient.

De même dans les maisons maternelles, où presque partout l'allaitement maternel est obligatoire, pratiquement toutes les femmes allaitent, du moins en partie, leurs enfants.

En résumé, sans nier l'existence de l'hypogalactie, il faut reconnaître que, quand elle existe, c'est rarement à l'état pur : le plus souvent elle est subordonnée à d'autres causes : surmenage, manque de surveillance médicale, ignorance etc., comme nous allons le voir.

II. CAUSES INTELLECTUELLES

Il est certain que si beaucoup de femmes actuelles n'allaitent pas leurs enfants, c'est qu'elles ne sont pas persuadées de la *nécessité absolue* de le faire. On le leur dit bien, mais jamais assez, et pas avec assez d'autorité. Ceci est vrai surtout dans les milieux aisés. Les mères ont toutes lu avec le plus grand soin les notices des laits artificiels, elles connaissent les avantages des différents laits, voire leur composition chimique. Aussitôt l'idée naît en elles que ces laits si bien préparés sont supérieurs au leur; l'enfant gros et gras que le fabricant n'a pas manqué de représenter sur ses prospectus et ses affiches ne manque pas de les influencer également. Tous les pédiâtres ont indiqué l'action néfaste de ces brochures sur l'esprit des mères. Il n'y aurait rien à dire contre cette publicité pour des produits en général bien préparés, si elle indiquait, comme certains fabricants le font, que leur lait n'a de valeur qu'après l'allaitement maternel ou quand il a été reconnu inefficace.

Ainsi naît souvent dans l'esprit des mères le désir inconscient de substituer à leur lait le lait miraculeux de la brochure. Le moindre prétexte leur sera bon. Parfois, dit le docteur PAUCOT (88), les mères s'hypnotisent sur la balance et passent sur la pente de l'allaitement mixte, d'où tarissement d'un sein moins sollicité.

Ou bien, sans passer directement à l'allaitement

mixte, elles portent leur lait au pharmacien et reviennent en disant triomphalement : « je savais bien que mon lait n'était pas nourrissant », car l'analyse conclut toujours : lait pauvre en beurre, car le lait est prélevé au début de la tétée.

Dans le peuple, souvent les femmes abandonnent le sein parce qu'elles ont mal conduit l'allaitement ce qui amène l'enfant à refuser le sein, ou le lait à diminuer; elles ont donné des tétées irrégulières, employé des sucettes sucrées qui écœurent l'enfant, fait des excès de boisson, etc...

Le plus souvent tout ceci s'est passé en dehors du médecin parce que la mère ignore les règles élémentaires de l'allaitement maternel que toute femme devrait connaître. Lorsqu'elle amène son enfant au médecin, il est sevré ou la sécrétion lactée presque tarie.

Parfois aussi, il faut le dire, elle va trouver le médecin pour un motif futile, en lui laissant sous-entendre qu'elle aimerait sevrer; et le médecin, par complaisance ou par indifférence, lui dit que l'allaitement ira tout aussi bien avec des laits artificiels et autorise le sevrage.

D'autres fois la mère va trouver le médecin sans idée de sevrage, parce que son nourrisson présente des troubles divers : la croissance est insuffisante, des vomissements, des troubles dyspeptiques, des dermatoses ont apparu. Malheureusement le médecin n'est pas toujours assez tenace dans son désir de conserver l'allaitement au sein, se presse trop de faire sevrer, alors que le sevrage ne fait qu'aggraver les

troubles. Certainement les médecins ne font pas toujours ce qu'ils doivent, dans ces cas, à l'égard de l'allaitement au sein, malheureusement souvent par ignorance. Nous ne pouvons entrer dans les détails du traitement des troubles du nourrisson au sein; souvent ils sont délicats à soigner, il faut patience et soins, de la part du médecin et de la mère.

Il est hors de doute que si les futures mères voulaient se donner la peine d'apprendre la technique de l'allaitement au sein, nous verrions beaucoup plus de nourrissons profiter de l'aliment que la Nature leur prépare; de même entre pour une forte part la responsabilité des médecins, infirmières, gardes, dans cette conviction trop fréquente de la mère qu'elle ne peut pas nourrir.

« ...Mais pour convaincre les mères, il faut être convaincu, et peut-être y a-t-il plus à faire qu'on ne le fait pour persuader à tous ceux et celles qui sont appelés à soigner les nourrissons, de la responsabilité qu'ils encourent en arrachant l'enfant au sein, pour des raisons insuffisamment motivées » (88).

III. CAUSES MORALES

Certainement le désir qu'ont les femmes d'allaiter joue un grand rôle pour la bonne réussite de l'allaitement. Il n'est pas douteux que dans la classe aisée il y a des femmes qui renoncent volontairement à

allaiter pour échapper aux ennuis qu'entraînerait pour elle cette fonction.

Le plus souvent, par respect humain, elles font un essai sans conviction, mais prévoient qu'elles ne pourront pas nourrir et épient la première occasion qui leur permette honorablement de sevrer. Beaucoup n'ont même pas cette pudeur et refusent délibérément de donner le sein. Les raisons qui les incitent à agir sont diverses :

— pour les unes, c'est le désir de ne pas s'astreindre à des têtées à des heures régulières, les empêchant de mener la vie variée à laquelle elles sont habituées;

— pour d'autres, c'est la crainte d'abîmer leur « esthétique » sur laquelle elles croient à tort que la lactation peut avoir de néfastes effets;

— ou bien ce sont les mauvaises influences des mères ou belles-mères qui, n'ayant pas allaité jugent qu'il est inutile que leurs filles le fassent et qui craignent pour leur santé;

— c'est le mari qui désire que sa femme puisse l'accompagner dans ses sorties et voyages en laissant leur enfant à quelqu'un de la famille;

— c'est l'influence d'amies qui ont de gros enfants élevés au biberon et la jeune mère a peur que le sien n'ait pas une courbe de poids aussi élevée.

De vieux médecins veulent croire que le sentiment maternel a diminué chez les mères. Il est certain que la vie de famille joue un moins grand rôle aux yeux des femmes d'aujourd'hui; leur activité est plus dispersée; c'est une évolution contre laquelle ni méde-

cins, ni hygiénistes ne peuvent rien. Mais dans la grande majorité des cas, les femmes ne se rendent pas compte qu'elles privent leur enfant d'un bien qui lui est nécessaire; elles croient que l'allaitement artificiel est aussi bon ou meilleur, et c'est surtout contre cette idée qu'il faut lutter.

D'ailleurs dans la classe aisée, les femmes allaitent beaucoup plus qu'autrefois, peut-être à cause de la campagne que depuis la fin du siècle dernier ont entrepris accoucheurs et pédiâtres, en particulier le professeur PINARD. Dans l'enquête de CRUVEILHIER et LESAGE auprès des médecins de campagne, plusieurs ont répondu que l'allaitement se rencontrait plus souvent dans la bourgeoisie (Ht-Rhin, Loire, etc.), aucun n'a dit le contraire.

Dans les classes dites « laborieuses », il est exceptionnel qu'une femme renonce volontairement à allaiter; ou bien il s'agit de filles-mères obligées d'abandonner leur enfant, et qui ne veulent pas risquer de s'y attacher pour que la séparation soit moins pénible. Presque toujours, si elle peut, la femme allaite son enfant. Malheureusement, souvent cette joie lui est refusée et ceci pour des raisons économiques et sociales.

IV. CAUSES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Autrefois, la majorité des *filles-mères* devaient abandonner leur enfant ou bien, si elles avaient un

travail assez rémunéré pour payer les frais, elles l'envoient en nourrice. Heureusement, l'état d'esprit a changé, les femmes non mariées peuvent vivre normalement en élevant leurs enfants. Mais les conditions économiques le leur permettent rarement. Malgré ce qu'on a tenté de faire, bien des mères sont encore obligées d'abandonner leurs enfants ou de les envoyer en nourrice. Dans ces cas les problèmes économiques et sociaux sont en jeu, et presque seuls à considérer.

Mais la grosse majorité des enfants sont légitimes (92 % en 1934. Statistique générale de la France) et naissent de femmes exerçant une profession. Le recensement de la population de 1931 a montré qu'à cette date, 7.900.348 femmes exerçaient une profession, parmi lesquelles 40,4 % appartenaient aux professions rurales, 28 % à l'industrie, 15 % au commerce, 8,6 % étaient domestiques, 7 % appartenaient aux professions libérales.

Comme on le voit, la grosse majorité des femmes travaillent. A cette date, il y avait seulement 13.711.847 hommes exerçant une profession, pas même le double.

Nous ne discuterons pas les raisons pour lesquelles tant de femmes à l'heure actuelle travaillent hors de chez elles. Mais les faits sont là. Il est bien évident que ces divers travaux sont plus ou moins incompatibles avec l'élevage des enfants. C'est certainement ce qui explique en grande partie la diminution du nombre des enfants, l'abandon de l'allaitement maternel.

LES PROFESSIONS RURALES. — Ce sont elles qui emploient le plus de femmes. A la campagne, les femmes ont toujours travaillé. Il semble même qu'autrefois elles travaillaient encore plus durement, avant le perfectionnement des machines agricoles. Et cependant l'allaitement maternel a diminué. Des renseignements précieux ont été fournis à ce sujet par l'enquête de 1935. « Pendant la guerre, la femme, en l'absence du mari mobilisé, a dû remplacer l'homme dans les durs travaux de la ferme et des champs. La paix revenue, elle a continué son travail, pour suppléer à l'insuffisance de la main-d'œuvre. Dans les petites exploitations agricoles cette insuffisance de la main-d'œuvre ou son inutilisation en raison du coût des salaires est aujourd'hui la règle. Chez les petits propriétaires peu fortunés la crise et la mévente des produits imposent l'économie. Il n'est pas possible de payer un domestique de ferme. La femme se substitue au journalier. L'allaitement au sein devient une gêne.

Le cultivateur aisé lui-même ne trouve pas toujours facilement de la main-d'œuvre. Dans certaines régions (Vaucluse) l'ouvrier rural a disparu. La femme, ici encore, doit se mettre à la tâche. Quant à l'ouvrier agricole, il est devenu rare en raison de la modicité du salaire, encore que ce salaire modique rende impossible, pour les plus pauvres propriétaires, l'emploi de l'ouvrier.

Dans certaines régions les contrats de louage de

ménages d'ouvriers agricoles rendent impraticable l'allaitement maternel.

Ces travaux de la terre sont particulièrement pénibles de juin à octobre, époque des fenaisons, moissons et vendanges. La femme est la première levée, la dernière couchée; elle travaille comme un homme sans règle, ni durée, faisant en été des journées de 15 à 16 heures. Aux champs, elle conduit la charrue et les machines agricoles; si elle reste chez elle, il lui faut se livrer à la culture des potagers et à la traite des vaches, à la lessive ». On conçoit que dans ces conditions les paysannes surmenées seront incapables de fournir suffisamment de lait à leur enfant. De plus, ne pouvant rejoindre leurs nourrissons à heure fixe, elles finissent par abandonner l'allaitement et confient les biberons aux soins de grands-parents ou de jeunes enfants.

« Le bas prix du lait de vache dans certaines régions favorise cet allaitement artificiel. On trouve ce lait facilement à la campagne et la dépense qu'il occasionne n'est rien auprès de celle que représenterait le salaire d'un domestique ou la cessation du travail de la mère. L'allaitement maternel apparaît donc ici le plus onéreux. Telle est la fausse vérité qui conduit à l'abandon du sein » (2).

DANS L'INDUSTRIE ET LE COMMERCE

De nombreuses femmes travaillent comme ouvrières ou employées dans des usines, des fabriques,

des magasins, des bureaux. Naturellement, ces professions qui les éloignent de chez elles sont à peu près incompatibles avec un allaitement de quelque durée. L'idéal serait que les mères puissent quitter leur travail après chacun de leurs accouchements, pendant une année, celle qui est indispensable à l'allaitement et aux soins de leurs nouveaux-nés. Malheureusement à l'heure actuelle, l'impossibilité qu'elles prévoient de retrouver une place si elles abandonnent la leur, la nécessité où elles sont de ne pas perdre le bénéfice du salaire d'une année le leur interdisent.

Parfois aussi le fait que leur mari est en chômage entraîne cette situation navrante : la femme, un à deux mois après son accouchement, doit reprendre le chemin du bureau, et laisser son enfant sevré à son mari préposé aux soins du ménage.

Il faut dire aussi que parfois certaines mères, du fait du chômage, sont astreintes à rester chez elles et que leurs ressources diminuées favorisent l'allaitement maternel. « Mais c'est là une raison de circonstance et de circonstance malheureuse, qu'il ne faut pas retenir, d'autant que la misère du chômage fait la misère de l'alimentation » (13).

Ainsi, après un repos de quatre semaines (obligatoire de par la loi Strauss), de six semaines (accordé par les Assurances Sociales), les femmes retournent à leur travail. Ceci entraîne le sevrage au bout d'un mois. Souvent elles jugent inutiles — ce qui est une erreur — de commencer pour si peu de temps. Certaines cependant allaitent et emmènent leur enfant

dans les chambres d'allaitement. Malheureusement, comme nous le verrons au chapitre suivant, elles sont rares et peu fréquentées. D'autres, bien conseillées, courageuses, parfois désireuses de profiter des primes d'allaitement, allaitent leur enfant le matin, à midi et le soir, lui font donner des biberons dans l'intervalle dans des crèches, par une parente, une voisine, etc... On conçoit ce que peut être la vie de ces malheureuses qui, en plus des fatigues de la lactation doivent supporter celles d'un travail souvent épuisant, faire en rentrant le ménage, la cuisine, la lessive, parfois pour plusieurs enfants. Souvent, elles ont des trajets longs à parcourir pour rejoindre leur travail; leurs nuits sont réduites à quelques heures. Une assistante sociale nous disait récemment avoir eu quelque scrupule à encourager de telles femmes à allaiter. « Plus tard, dans l'histoire, nous disait-elle, notre époque apparaîtra comme celle du martyr de la femme ouvrière ». Naturellement, dans de pareilles conditions, les causes économiques et sociales priment tout, les encouragements, les conseils, seuls, ne peuvent rien.

Quant aux autres catégories de travailleuses, le problème se pose un peu différemment.

LES DOMESTIQUES, pratiquement, ne peuvent allaiter leurs enfants et doivent les mettre en nourrice. Seules, celles qui travaillent quelques heures par jour comme laveuse, femme de ménage, etc., lorsque leur mari peut assurer pour la plus grande part la vie du ménage, ont une condition compatible avec un allaitement normal.

FEMMES TRAVAILLANT A DOMICILE (couturières, etc.). — Leur mode d'existence est parfaitement compatible, avec une vie de femme normale. Malheureusement elles représentent une très faible minorité, et disparaissent de plus en plus devant les progrès toujours croissants de la grande industrie.

CHAPITRE V

MOYENS DE FAIRE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL UNE ARME EFFICACE DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE

I. L'ALLAITEMENT MATERNEL OBLIGATOIRE

On pourrait penser que le seul moyen de généraliser l'allaitement maternel est de le rendre obligatoire. Cette idée n'est pas nouvelle; Lycurgue, roi de Sparte, en 350 av. J.-C. fit une loi qui obligeait la mère à nourrir son enfant (49). Mais l'histoire ne dit pas si elle comportait des sanctions.

La Convention voulut également rendre l'allaitement maternel obligatoire; mais à la suite de bouleversements politiques la loi ne fut pas votée.

De nos jours cette idée a été reprise.

En France, SICARD DE PLAUZOLLE (111), en 1927, s'est fait l'avocat convaincu de cette cause dans un rapport présenté à la « Commission de défense du droit à la vie saine ». Certains pédiâtres (FRUHNSHOLZ, MOURIQUAND) se sont montrés favorables à cette idée, mais presque toutes les personnalités qui ont répondu à l'enquête faite à cette époque se sont

prononcées catégoriquement contre l'obligation de l'allaitement maternel.

« Pour avoir le droit d'exiger d'une mère qu'elle allaite dans de bonnes conditions, il faudrait en compensation assurer son existence », disait le professeur NOBÉCOURT.

« C'est une utopie de vouloir rendre l'allaitement maternel obligatoire pour la raison bien simple que toute obligation comporte une sanction (professeur CASSOUTE) ».

« Les mères qui voudraient se soustraire à la loi allègueraient les mêmes raisons qu'elles opposent aujourd'hui à l'obligation morale : impossibilité sociale, physique. Et l'Etat aurait à soutenir 500.000 procès par an avec la certitude d'en perdre 450.000 au moins (Jules RENAULT) ».

Dans les divers pays, des essais, des campagnes ont été tentés; ils ont toujours échoué.

Il paraît cependant qu'une loi entrée en vigueur en 1927 dans la République de l'Equateur (128) prévoit de sévères condamnations, à la prison ou à une forte amende, pour les mères qui se refusent à allaiter leurs enfants, à moins de prescriptions médicales motivées. Nous la relatons à titre de curiosité.

Le docteur SOLON VERAS, d'Athènes, rapporte (120) qu'en Grèce la femme qui abandonne son enfant pour se placer comme nourrice est détenue dans un hospice d'enfants trouvés dans le but d'y allaiter son propre enfant et un nourrisson de l'hospice. Or les femmes conduites à l'asile s'efforcent de se sous-

traire à l'obligation de cet allaitement forcé. Quelques-unes ont même cherché à se débarrasser de leur enfant, faisant tout ce qu'elles pouvaient pour le rendre malade.

Cet exemple montre bien l'inutilité des mesures répressives.

En Allemagne, en 1932 (53), voulant créer un précédent, un tribunal de Berlin condamna une femme qui avait refusé d'allaiter son enfant, considérant que « l'obligation d'entretien » à son égard n'avait pas été respectée. Le procureur général ayant fait appel, cette femme avait été acquittée. Mais ce fait, de principe, est resté isolé; il sert peut-être moralement, non légalement, comme argument vis-à-vis de mères intimidables.

En Italie, en 1934, le professeur COZZOLINO s'affirmait encore partisan convaincu de l'allaitement obligatoire, mais sa campagne n'eut pas de suites (18).

Dans des pays voisins, les conditions de vie sont analogues, à une même époque. Actuellement l'allaitement maternel obligatoire est impossible :

— car injuste dans l'état actuel des conditions économiques;

— car inutile, ne pouvant comporter aucune sanction pratique (LEREBoullet).

Comme le dit si justement M. Jean de PRISSAC : « Le législateur ne doit rendre obligatoire rien qu'il n'ait d'abord rendu possible ». Mais alors toutes les mères allaiteront. Les lois de coercition seront devenues inutiles.

Il faut chercher ailleurs les moyens d'assurer aux enfants le lait maternel.

II. AIDE MATERIELLE OU SOCIALE

Depuis longtemps on se préoccupe d'assurer aux mères les moyens nécessaires pour élever elles-mêmes leurs enfants, pour les allaiter. Naturellement ces moyens ont varié au cours des âges; la protection infantile s'est édifiée peu à peu; chaque époque a eu ses mesures, correspondant à ses idées. Telle qu'elle est en France, notre protection infantile est faite de bribes et de morceaux; c'est à nous de savoir garder ce qui est utile et l'a prouvé en résistant à l'épreuve du temps, de compléter ce qui est inachevé.

Parmi les différents moyens mis en œuvre pour protéger l'allaitement maternel, il faut comprendre :

— ceux qui permettent à toute femme de garder son enfant avec elle, moyens essentiels, mais *indirects*, puisque la mère est encore libre de ne pas allaiter;

— moyens *directs* qui donnent des avantages à la mère qui allaite.

MOYENS INDIRECTS

Ils ont surtout tendu à assurer aux mères, après l'accouchement, le repos nécessaire à leur convalescence et aux soins de leur enfant pendant les pre-

mières semaines, à leur donner des secours en espèces ou en nature au moment de l'accouchement, à aider les mères nécessiteuses afin d'éviter les abandons, enfin à assurer aux parents des ressources supplémentaires, quand ils ont des enfants à élever.

Ces moyens sont nombreux, créés par l'Etat ou par des particuliers, modifiés au cours des années. Nous allons les examiner rapidement.

AIDE OFFICIELLE

Loi Strauss sur le repos des femmes en couches (17 juin 1913). C'est la première en date qui ait prévu le repos légal de la femme en couches et institué pour la période de repos qui précède et suit les couches une allocation journalière. D'abord réservée aux salariées, le bénéfice de cette allocation a été étendu (2 décembre 1917) à toute femme française dont les ressources sont prouvées insuffisantes. Le taux de cette indemnité modifié par les lois ultérieures (4 janvier 1928 et 16 avril 1930) est fixé par chaque municipalité sous réserve de l'approbation du Conseil Général et du Préfet. Elle varie de 2 fr. 50 à 7 fr. 50 par jour. Le paiement de cette allocation est fait pendant les quatre semaines qui précèdent les couches et durant les quatre semaines qui les suivent, sur production d'un certificat médical de grossesse.

La loi prévoit un *contrôle* de ses prescriptions en ce qui concerne le repos obligatoire et l'indemnité. Ce contrôle est assuré soit par une personne qualifiée

choisie dans chaque commune par le bureau d'Assistance, soit par toute œuvre privée, préalablement agréée et qui, subventionnée par l'Etat, le département ou la commune, assure le service des allocations aux bénéficiaires, tout en exerçant la protection et la surveillance prescrites par la loi.

Cette loi contient déjà tous les principes actuels de la protection du premier âge :

repos de la mère;

indemnité;

surveillance.

— *le repos.* Il est évidemment trop court. A un mois, le nourrisson a encore besoin constamment de sa mère; si elle recommence à travailler, il est gravement exposé.

— *l'indemnité.* Le principe était posé que la femme qui vient d'avoir un enfant a droit à une indemnité, pour pouvoir vivre en se consacrant à son nourrisson. Si le temps de quatre semaines est insuffisant, l'allocation apparaît dérisoire — surtout à l'heure actuelle. Elle ne peut empêcher de travailler la mère nécessiteuse.

— *la surveillance.* La loi Strauss prévoyait un contrôle établissant si ses prescriptions étaient suivies. Pratiquement cette surveillance était inefficace, parce qu'elle visait uniquement à savoir si l'indemnité n'était pas perçue illégalement, et non pas si la mère prodiguait à l'enfant les soins nécessaires, à les lui enseigner si elle les ignorait.

A cette époque déjà elle avait paru insuffisante. « En effet, dit le professeur COUVELAIRE, la loi française offre à la femme le droit au repos. Elle ne l'y oblige pas ». Cette obligation aurait nécessité une allocation suffisante. Cette question a déjà été soulevée par le professeur PINARD qui proposait à l'Académie de Médecine en 1916 « d'interdire en France le travail dans les usines à toute femme allaitant son enfant ou accouchée depuis moins de six mois » ; et il ajoutait : « que toute femme allaitant son enfant reçoive sur sa demande une allocation journalière de 5 fr. ».

Ce projet affirmait qu'il y a incompatibilité entre le travail de la femme au dehors et l'élevage de l'enfant. Mais il ne fut pas adopté par l'Académie.

Depuis, tous les efforts ont tendu à réaliser ce but, à élargir les dispositions de la loi Strauss.

L'aide sociale aux mères est encore reconnue par : *La loi du 27 juin 1904, de prévention de l'abandon.*

Elle attribue aux mères seules et privées de ressources des allocations leur permettant d'élever leur enfant.

Ces allocations varient de 70 fr. à 150 fr. par mois selon les départements, si la mère élève elle-même son enfant et dans certains cas est même majorée si elle l'allait.

Ces secours sont souvent efficaces et évitent l'abandon. Ils ne sont néanmoins que d'un intérêt accessoire pour la généralisation de l'allaitement maternel, car ils ne suffisent pas à éviter l'envoi en nour-

rice et sont alors en partie versés à la nourrice pour le compte de la mère.

Primes à la natalité (lois de finances du 29 juin 1918, 30 avril 1921, 19 décembre 1926, décrets du 30 avril 1920 et 14 juillet 1924, décret-loi du 30 octobre 1935).

Ce sont des primes données à toute mère d'enfant légitime ou reconnu, généralement à partir du 3^e enfant. Elles ne sont pas obligatoires et dépendent des départements et de la commune. Deux départements n'en ont pas institué du tout; dans 8 départements seulement elles existent dans toutes les communes, leur taux variant de 250 fr. à 1.250 fr. suivant le nombre des enfants.

Assistance aux familles nombreuses (14 juillet 1913).

Par cette loi, tout chef de famille française ayant à sa charge au moins trois enfants de moins de 13 ans, touche, si ses ressources sont insuffisantes, une allocation variant de 270 fr. à 600 fr. par enfant bénéficiaire selon les départements.

Encouragement national aux familles nombreuses (loi du 19 juillet 1923, modifiée par la loi des 20 juin et 13 août 1936), accorde une allocation qui ne peut être cumulée avec la précédente, à tout chef de famille français ou naturalisé français, père d'au moins 3 enfants de moins de 13 ans. Elle varie de 120 fr. à 540 fr. Si la mère est seule au foyer elle touche une allocation à partir du 2^e enfant.

Naturellement l'action de ces diverses primes a une grosse importance, car la mère, quand elle a plusieurs enfants a intérêt à abandonner son salaire, souvent presque entièrement dépensé en frais de pension et de nourrice et aidée par ces allocations pourra rester, au moins quelque temps, au foyer.

Loi des assurances sociales du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, le décret-loi du 28 octobre 1935 et la loi du 26 août 1936).

Elle a pour objet d'aider le travailleur ou sa famille en cas de maladie, maternité, invalidité ou vieillesse.

Ce n'est plus une loi d'assistance, l'Etat n'ayant aucune intervention financière, c'est une loi de prévoyance et de collaboration sociales, associant la participation du patron à celle de ses employés, dans les cotisations qu'ils versent.

Au point de vue de la protection de la première enfance, son importance peut être primordiale car :

- elle doit atteindre *toutes* les mères;
- elle doit être surtout une loi de prévention.

Nous allons montrer *quelles sont les bénéficiaires* de cette loi, et quelle protection elle donne actuellement aux mères, qu'elles allaitent ou non. Ajoutons tout de suite, comme nous le verrons plus loin, qu'en favorisant grandement l'allaitement maternel, elle a affirmé son rôle de loi préventive.

Deux cas sont à envisager : la mère est salariée ou non salariée :

1) *Salariée.*

Depuis le 1^{er} janvier 1937, l'assurance est obligatoire quand la rémunération totale annuelle varie de 1.000 fr. à 21.000 fr., à 25.000 fr., si l'assurée a au moins un enfant à sa charge. Les salariés dont le gain annuel est supérieur à cette somme ne sont pas assujettis.

Elle touche alors :

— *l'indemnité d'accouchement*, accordée suivant le tarif de chaque caisse; actuellement elle ne supporte plus de ticket modérateur, comme le stipulait la loi de 1930 et est majorée en cas d'accouchement pathologique ou compliqué;

— *les indemnités journalières* égales à son demi-salaire, payables pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement. Ce demi-salaire varie suivant les cas de 3 fr. à 18 fr. (jusqu'au 31 décembre 1937; il pourra atteindre 22 fr. ensuite). L'indemnité est majorée de 1 fr. par enfant à charge; elle n'est versée que si la femme cesse tout travail salarié.

— l'indemnité de repos (et celle d'allaitement) ne sont versées que *si la mère a fait constater sa grossesse 4 mois au moins avant la date présumée de l'accouchement*. Elle est tenue à se faire examiner au cours de sa grossesse, suivant des modalités variant avec le régime de chaque caisse.

2) *Non salariée.*

Elle peut être :

mariée à un assuré :

a) elle bénéficie, si elle le désire, d'une assurance dite « spéciale » en versant certaines cotisations;

b) ou elle jouit en temps que femme d'assuré d'un régime particulier sans verser aucune cotisation.

non mariée à un assuré :

elle peut être *assurée facultative* si, sans être salariée elle vit principalement du produit de son travail. Les assurées spéciales et facultatives jouissent de tous les avantages des assurées.

Les femmes d'assurés, non assurées, n'ont droit qu'aux indemnités d'accouchement; mais ont droit au bénéfice des indemnités prévues par la loi Strauss (et les lois de 1919 et 1930).

Cette loi a apporté de grands progrès dans la réalisation de la protection de la Maternité et de l'Enfance.

par l'étendue de son action :

Elle s'adresse à tous les salariés, c'est-à-dire à la grande majorité de la population française.

Mais nous ferons remarquer que si à la ville presque toutes les femmes sont salariées ou femmes de salariés, donc bénéficient des assurances sociales, à la campagne nombre de travailleurs sont propriétaires exploitants, fermiers, métayers, petits artisans ruraux, etc.; ils ne sont pas des salariés au sens de la loi.

A vrai dire, il peuvent profiter de l'assurance facultative, mais peu le font; de même peu de femmes s'affilient aux assurances spéciales de femmes d'assurés.

Au 31 décembre 1935 (127) pour 10.420.245 assurés

sociaux immatriculés dans l'industrie et le commerce, auxquels s'ajoutaient 57.060 affiliés bénéficiaires de régimes spéciaux, dans les assurances agricoles, on comptait seulement 1.162.421 assurés sociaux et seulement 75 bénéficiaires de régimes spéciaux.

En 1935, pour le chapitre maternité :

746 caisses (commerce et industrie) ont distribué	139.442.710 fr.
aux assurées obligatoires.	
322 caisses (agriculture) ont distribué	18.026.419 fr.
aux assurées obligatoires.	
42 caisses (commerce et industrie) ont distribué	5.425 fr.
aux assurées facultatives.	
141 caisses (agriculture) ont distribué ...	1.082.246 fr.
aux assurées facultatives.	

Comme on le voit, dans les campagnes, trop peu de mères bénéficient des assurances sociales; il n'y a pas assez d'assurés et assurées facultatifs agricoles; d'ailleurs leur nombre augmente peu à peu; en 1933 il y avait seulement 920.007 assurés ruraux. Il faut espérer que peu à peu les paysans comprendront tout l'intérêt qu'il y a pour la santé de leur femme et de leurs enfants à verser leurs cotisations à l'assurance facultative.

Parce qu'elle subordonne son action à des prescription d'hygiène. Cette subordination n'est plus un vilain mot, parce que la mère ne peut toucher ses prestations que si elle a averti de sa grossesse au moins 4 mois avant l'accouchement. Que la mère s'adresse aux consultations de la caisse, à un médecin,

une sage-femme de son choix, elle n'échappe pas à la surveillance prénatale. Certaines caisses ont même attribué une prime de 10 fr. par consultation aux femmes qui s'y présentaient. Nous n'insisterons pas sur l'importance de cette surveillance que tout le monde sait. Nous rappellerons seulement que là déjà, on pourra préparer la cause de l'allaitement maternel, moralement et physiquement (mamelons ombiliqués, etc.), en appuyant cette plaidoirie d'arguments pécuniaires, car, comme nous le verrons, les assurances sociales ont avantagé généreusement les mères qui allaitent et en même temps ont assuré la protection de leurs nourrissons.

La loi des assurances sociales était donc un grand pas en avant, après la loi Strauss; elle en différait :

— en son principe, c'est une loi de prévoyance, non d'assistance,

— par l'étendue de son action, ne s'adressant pas aux seuls indigents, mais à la majorité des mères de France,

— en ses modalités : augmentant le temps de repos des femmes en couches et le taux de leurs indemnités.

AIDE PRIVÉE

Elle est très importante actuellement, parce que, avant la loi des assurances sociales, il n'y avait presque aucune aide officielle aux mères, parce que, avant la loi Strauss, il n'y avait rien du tout et que les bonnes volontés s'étaient efforcées de créer ce

qu'elles pouvaient pour venir en aide à l'enfance. Certains organismes se sont particulièrement développés, mais surtout deux :

— l'un émanant du patronat : les allocations familiales;

— l'autre, de l'initiative privée : les mutualités maternelles.

Les allocations familiales.

La notion moderne que le travailleur ne doit pas être uniquement rétribué selon son effort, ou selon ce qu'il produit, mais également selon ses besoins, avait donné à certains chefs d'entreprise philanthropes l'idée d'allouer aux salariés, chefs de famille, une indemnité compensatrice extérieure au salaire, et variable avec le nombre d'enfants à charge. Mais il est évident que si un employeur versait directement et sans compensation, des allocations familiales, la présence de nombreux chefs de famille dans son personnel serait un accroissement de dépenses pour lui. Voyant ses bénéfices diminuer, il se verrait dans l'obligation de les supprimer ou de ne plus embaucher que des célibataires. Au contraire, si chaque employeur verse à une caisse, dite de compensation, une même somme pour chacun de ses employés, quelle que soit sa situation de famille, avec charge à la caisse de distribuer les allocations aux ayant-droits, il devient évident que tous les chefs d'entreprise auront les mêmes frais.

Le système de la compensation est pratiquement inséparable de l'allocation familiale (90).

La première caisse de compensation fut créée en France, à Lorient par M. MARCESCHE. Elles se sont généralisées dans notre pays et dans certains pays étrangers. En 1932, il y avait 225 caisses en France. A ce moment, considérant la nécessité d'allouer des allocations familiales à tous les travailleurs et non pas aux seuls employés de l'Etat ou des patrons affiliés aux caisses de compensation fut votée la *Loi du 11 mars 1932*.

Elle rendit obligatoire l'affiliation à une caisse de compensation ou à tout autre institution similaire, tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou des employés, dans une profession industrielle, commerciale, agricole ou libérale.

Un décret-loi du 30 octobre 1935 a décidé que les coopératives agricoles et les artisans ruraux sont désormais compris dans les professions soumises au régime agricole des allocations familiales.

Comme pour les assurances sociales, la loi ne protège que les salariés. Là encore une partie de la population rurale y échappe. Signalons à ce sujet qu'à la séance du 18 mars 1937, la Chambre a adopté un texte assimilant les métayers non employeurs de main-d'œuvre aux salariés.

Les caisses de compensation fonctionnent sous gestion privée avec l'autorisation du ministère du Travail.

La loi rend seules *obligatoires les allocations mensuelles*.

Environ 5.500.000 salariés sont en mesure de bénéficier des allocations familiales.

Les taux minimums des allocations ont été fixés par le Ministre du Travail et varient pour chaque département. Au 13 janvier 1937, le minimum imposé pour 1 enfant variait de 15 fr. à 30 fr. par mois;

2 enfants variait de 30 fr à 85 fr. par mois;

3 enfants variait de 45 fr. à 200 fr. par mois.

A partir de 4 enfants, les allocations deviennent plus importantes; quand les familles sont nombreuses, peuvent atteindre 450 fr. pour 4 enfants, 650 fr. pour 5 enfants, etc.. Ce sont des minimums que bien des caisses dépassent.

Naturellement cette augmentation du salaire des parents permettra un meilleur élevage des enfants, souvent même la mère pourra rester au foyer pour le plus grand bien de ses enfants et en particulier du dernier-né qu'elle pourra allaiter.

Certaines caisses ont eu l'initiative heureuse de donner des allocations supplémentaires aux pères dont la femme cesse de travailler dès la naissance du premier enfant. Des efforts ont déjà été tentés dans ce sens. Signalons à Roubaix-Tourcoing un groupement patronal « la Mère au foyer » qui accorde dès le premier enfant une allocation supplémentaire si la femme ne travaille pas.

Des augmentations de barème pour les mères restant au foyer sont également accordées aux pères par les caisses de compensation du textile à Lyon, de St-Chamond etc....

Quelques usines donnent, en plus des allocations familiales, à toute femme d'ouvrier restant chez elle, une prime mensuelle fixe de 100 fr. dès la naissance du premier enfant.

Si nous avons signalé ces efforts, encore isolés, c'est que leur généralisation aurait une importance capitale s'ils pouvaient assurer aux mères les moyens de rester chez elle.

D'ailleurs, la plupart des caisses de compensation ont créé, en dehors des allocations familiales, seules exigées par la loi, des primes à la natalité, souvent élevées, atteignant 300 fr. pour certaines caisses, des primes d'allaitement, des consultations de nourrissons, services d'infirmières-visiteuses, etc., dont nous reparlerons plus loin.

Mutualités maternelles.

La mutualité maternelle, « association mutuelle des mères pauvres et riches » a pour but de donner une aide aux sociétaires lorsqu'elles seront en couches.

La Mutualité Maternelle de Paris fondée en 1892 par POUSSINEAU était à l'origine destinée à accorder un secours aux ouvrières de la couture et de la mode; elle s'est étendue, peu à peu, aux diverses professions et actuellement toutes les futures mères peuvent en faire partie.

La Mutualité Maternelle de Paris a pris une grande extension : elle compte aujourd'hui 48 sections à Paris, 85 en banlieue, 281 en province, et 32 sections

militaires. Moyennant une cotisation de 10 fr., elle accorde une prime de 120 fr. à toute sociétaire ayant accouché plus de 10 mois après son inscription. Les sections militaires sont spécialement importantes puisque en 1935, 4.477 femmes de militaires ont touché des primes d'accouchement et que les mères dont les maris sont sous les drapeaux sont en général peu secourues.

Mais la Mutualité Maternelle de Paris a actuellement une importance beaucoup plus grande, par ses dispensaires, consultations de nourrissons, service social, dont nous reparlerons.

Des organisations similaires se sont formées dans maints départements, d'action beaucoup plus réduite.

Dans la Loire, par exemple, il existe 3 Mutualités maternelles à caractère départemental et rural, dans la Seine-Inférieure, une mutualité importante groupant plus de 40.000 membres et des services sociaux bien organisés. Malheureusement dans les campagnes où ces organismes seraient le plus utiles, ils n'existent pas ou leur importance est minime et leur interdit toute action efficace.

Enfin il existe un grand nombre d'œuvres privées, qui, en protégeant la Maternité et l'Enfance, favorisent indirectement l'allaitement maternel. Leur action souvent utile est malheureusement de rayon trop restreint et presque toujours réservée aux villes (Stés de Charité maternelle, etc.).

MOYENS DIRECTS

Divers moyens ont été tentés pour permettre à la mère d'allaiter son enfant. Souvent ils ne viennent qu'à titre d'encouragement, les mesures indirectes ayant le plus d'importance, d'autres fois ce sont eux qui prédominent. Naturellement, ils agissent simultanément et si nous les avons séparés, c'est seulement pour la commodité de notre exposé.

Les moyens directs d'aide à l'allaitement maternel sont :

1° pour les mères sans foyer et sans aucune ressource, les *maisons et abris maternels*.

2° pour les mères-nourrices nécessiteuses, trop pauvres pour se nourrir convenablement, les *cantines maternelles*.

3° pour les mères qui veulent allaiter leur enfant tout en continuant à travailler, les *crèches et les chambres d'allaitement*.

4° enfin les *primes d'allaitement*.

1° LES MAISONS MATERNELLES

Selon la définition de TRILLAT (116) une maison maternelle est une institution où sous la garantie du secret, sont hébergées des femmes saines en état de gestation, où elles peuvent accoucher, où elles demeurent après l'accouchement, pendant le temps de l'allaitement maternel.

Les maisons maternelles peuvent réaliser 3 types :

1° complet où les femmes séjournent avant l'accouchement, accouchent et nourrissent enfin un certain temps;

2° le type mixte sans service obstétrical;

3° le type nourricerie ou asile d'allaitement, reçoit les mères seulement pour y allaiter leur nouveau-né. Nous ne pouvons entrer dans le détail du fonctionnement des maisons maternelles. Nous nous contenterons de dégager quelques idées de leur étude.

Les maisons maternelles sont destinées uniquement aux mères sans foyer et à toutes celles qui, pour une raison quelconque, ne peuvent rentrer chez elles après les couches, en particulier parce que leur demeure est un taudis où un nouveau-né ne peut être amené sans danger.

Naturellement ces établissements ne s'adressent pas aux mères qui ont un ménage ou d'autres enfants, elles ne visent qu'une très petite partie des mères, mais justement celles qui demandent à être le plus secourues.

1) *Elles doivent être suffisantes.*

Actuellement dans les grandes villes, les maisons maternelles sont nombreuses. Il arrive rarement qu'une mère, à sa sortie de la Maternité, si elle le désire, n'y trouve pas un gîte. A Paris, il en existe 12, dans le département de la Seine 13 autres, tant publiques que privées, véritables maisons maternelles ou simples refuges. Parmi elles, il convient de citer

la maison maternelle de St-Maurice qui contient 200 lits et a un fonctionnement excellent, la Maison de Châtillon-sous-Bagneux dépendant de l'Assistance publique, l'asile d'allaitement de Porchefontaine, les asiles de l'œuvre de l'allaitement maternel, etc. A Lyon, il y en a 3, à Bordeaux 4, à Marseille 4.

Dans certains départements, les maisons maternelles ne pouvant recevoir que quelques mères, sont plutôt des refuges annexés aux maternités et rendent des services insuffisants.

Actuellement 37 départements en sont complètement dépourvus; comme la plupart des maisons maternelles fonctionnent dans le cadre du département et n'admettent pas les femmes des départements voisins, on voit que bien des mères nourrices risquent de rester sans abri.

2) *L'allaitement maternel doit y être obligatoire*, et ceci pour deux raisons :

— parce qu'il est bien connu qu'une mère qui a allaité son enfant ne l'abandonne plus;

— parce que ces enfants sont souvent fragiles, les mères n'ayant en général pas eu les soins et le régime nécessaires pendant la grossesse, et que, élevés dans une collectivité, ils sont exposés à l'infection; plus que tous autres, ils ont besoin du lait maternel.

L'expérience a d'ailleurs montré que dans toutes les maisons maternelles, quand l'allaitement au sein est obligatoire, la mortalité est toujours très faible.

Dans certaines maisons maternelles, les mères sont

néanmoins admises qu'elles allaitent ou non (Châtillon-s-Bagneux).

3) *Les mères doivent pouvoir demeurer tant qu'elles allaitent.*

Ce serait évidemment œuvre insuffisante que de laisser partir les mères après quelques semaines ou quelques mois d'allaitement, à une époque où l'enfant a le plus grand besoin de leur lait et de leurs soins et que, franchi le seuil de la maison maternelle, la séparation est le plus souvent inévitable.

4) *Enfin une maison maternelle doit avoir une organisation complète;*

médicale et

sociale surtout. Ce ne doit pas être seulement un refuge, ni une prison. Malheureusement trop de femmes ont gardé un mauvais souvenir des asiles de grossesse et pour garder leur liberté ne veulent à aucun prix aller à la Maison Maternelle. Il ne faut pas de règlements trop sévères; il faut surtout occuper utilement les mères, leur apprendre à soigner leur enfant et c'est peut-être le plus grand service qu'on lui rendra; il faudra aussi s'ingénier à leur faire gagner quelque argent leur constituant un petit pécule à la sortie; en les associant aux travaux de la maison, leur faisant faire des ouvrages de couture, etc... (ouvrier de la maison des mères de Gerland, etc.).

Nous avons vu (chap. III) comment on peut leur procurer une aide, en les utilisant comme donneuses

de lait. Naturellement les moyens différeront selon les endroits : dans les petites maisons maternelles (comptant 20 à 50 lits préférables d'après SCHREIBER), la vie sera plus intime; on pourra mieux faire l'éducation des mères; on devrait même le cas échéant, leur apprendre à gagner leur vie.

Enfin et surtout, il faudra annexer un service social, qui permettra à la mère trouver du travail, tout en gardant son enfant. C'est ce qui a été réalisé parfaitement à St-Maurice, mais n'existe pas partout.

En résumé, les maisons maternelles, si elles ont une action limitée, parce que réservées à un petit nombre de mères, ont une importance considérable, protégeant des enfants, qui autrement seraient privés du sein maternel, souvent abandonnés.

Rappelons que dans certains pays, particulièrement en Angleterre et en Italie elles sont très nombreuses, plutôt hôtels que maison maternelles.

En France, ce système est peu employé (Hôtel des mères de Belleville).

2° LES CANTINES MATERNELLES

La première cantine maternelle fut fondée par M. et Mme COULLET en 1904. Elle était destinée à fournir des repas journaliers aux femmes qui allaitent leurs enfants. Les cantines se sont développées à Paris et fusionnées en « Fédération des cantines Maternelles »; on y admet actuellement aussi les femmes enceintes.

Les cantines maternelles sont basées sur deux principes :

— la gratuité;

— l'anonymat; les mères sont reçues du moment qu'elles font la preuve qu'elles allaitent.

Ces cantines ne peuvent fonctionner que dans les grandes villes, autrement les frais seraient trop élevés pour un faible résultat, et l'anonymat ne pourrait être respecté, tout le monde se connaissant dans les petits endroits.

Les cantines maternelles ont rendu de grands services, surtout pendant la guerre. A cette époque, un peu partout, on en a créé. A Paris, il y en a eu 13. Mais actuellement, quoi qu'elles soient bien organisées, certaines Cantines Maternelles ont dû fermer leurs portes, car le petit nombre des mères ne correspondait plus aux dépenses engagées; la Fédération n'en compte plus que 6. Ceci tient, sans doute, à ce que actuellement les mères sont par ailleurs mieux secourues et n'ont plus des besoins aussi pressants de nourriture; beaucoup sont accueillies dans les maisons maternelles; il faut aussi retenir le fait que le nombre des cantines diminuant, elles sont trop éloignées et souvent les mères ne peuvent s'y rendre facilement.

Malgré tout, cette œuvre a encore son intérêt, et concourt à favoriser l'allaitement maternel; en 1936, la Fédération a encore distribué 27.857 repas.

Les cantines maternelles sont assez peu répandues en France, il en existe 3 à Lyon, une à Périgueux,

municipales, une à Nice, à Grasse, à Angers, privées. La municipalité de St-Denis en a créé une, il y a quelques années.

En Angleterre, Belgique, Italie, les cantines maternelles sont beaucoup plus développées et fonctionnent un peu différemment.

Rappelons que diverses œuvres privées ont encouragé l'allaitement maternel en distribuant des objets, layettes, aux mères qui allaitent.

3° LES CRECHES ET CHAMBRES D'ALLAITEMENT

Ce sont des institutions permettant à la mère de continuer à allaiter son enfant tout en travaillant. La première crèche fut fondée en 1844 à Paris par MARBEAU. Elle était destinée « à soigner pendant les jours et les heures de travail certains enfants trop jeunes ou trop fragiles pour suivre les exercices de la salle d'asile ». Le but final de l'œuvre était « de faciliter l'allaitement maternel et de conserver les liens de la famille dans les classes nécessiteuses ». La crèche devait « cesser de garder les enfants que leurs mères négligent de venir allaiter ».

AVANTAGES DES CRÈCHES.

Elles permettent à la mère de ne pas se séparer de son enfant, souvent de l'allaiter, et ceci rend les crèches *indispensables*.

INCONVÉNIENTS.

Ils sont nombreux :

1) Ce sont tous les risques des collectivités infantiles. Malgré une surveillance médicale étroite, on ne peut toujours éviter les contagions; les épidémies sont fréquentes. En France, les crèches sont d'ailleurs surveillées depuis longtemps et soumises à une réglementation spéciale (décret du 2 mai 1897, maintes fois modifié depuis). Si dans certaines crèches, on obtient de bons résultats, en général, la morbidité et la mortalité sont toujours supérieures à celles qui existent dans les familles, à soins égaux.

2) Quel que soit le dévouement de la « berceuse », elle ne peut avoir pour l'enfant ces soins, ces caresses qu'une mère seule peut donner et qui manqueront à cet enfant tout le jour.

3) Si primitivement, les crèches étaient destinées aux femmes qui travaillaient, et seulement à celles qui donnaient le sein, actuellement beaucoup de mères mettent leur enfant à la crèche pour s'en débarrasser; la plupart ne donnent pas le sein (ce qui augmente les risques d'épidémie).

4) Enfin les crèches n'existent pas partout et sont souvent trop éloignées du lieu de travail de la mère pour qu'elle puisse y retrouver son enfant; elle ne peut lui donner le sein que le matin et le soir.

C'est pour remédier à cet inconvénient que, déjà avant la guerre, des industriels avaient créé dans leurs usines ou fabriques des *chambres d'allaitement*.

ment destinées à recevoir les enfants que leur mère allaitait. Avant 1914, il en existait 29. Au cours de la guerre, leur nombre a considérablement augmenté, avec l'afflux des femmes dans les usines; les chambres d'allaitement étaient même devenues une telle nécessité que le 5 août 1917 fut proclamée

la loi dite des chambres d'allaitement.

Par cette loi, tout employeur occupant plus de cent femmes, « *pourra être mis en demeure* » d'installer dans son établissement ou à proximité, une chambre d'allaitement et devra permettre deux fois par jour aux mères, pendant leur travail, de venir allaiter leur enfant.

Cette loi aurait dû rendre de grands services. Malheureusement, le décret d'administration fixant ses conditions d'application n'a paru que 9 ans plus tard (11 mars 1926).

Pourtant après la guerre, les chambres d'allaitement se sont développées.

En 1918, il y en avait 70 (38); en 1927, il y en avait 127 (4).

Mais depuis de nombreuses chambres d'allaitement ont dû fermer leur porte.

Les conditions de fonctionnement des chambres d'allaitement prévues par la loi de 1926 rendent leur installation et leur entretien fort coûteux.

La crise venant, les patrons n'ont pu subvenir aux frais de ces chambres d'allaitement, n'ont pu les créer ou les conserver et ils l'ont fait d'autant moins que la loi ne les y obligeait pas.

— certaines femmes craignent d’emmener leurs enfants par tous les temps, pour des trajets souvent longs; d’autres ne peuvent supporter le triple labeur de l’allaitement, du travail au dehors, des soins du ménage.

— enfin parfois les chambres d’allaitement ont suscité l’hostilité des ouvrières qui prétendaient que leurs collègues les dérangent en allant allaiter ou les vexaient en leur disant que ces chambres étaient faites pour les pauvres.

De plus, comme les crèches, elles n’ont pas toujours abouti au résultat désiré car on y admet souvent aussi les enfants au biberon (contrairement à l’avis de LESAGE).

Malgré leurs inconvénients, leurs insuffisances (ne s’appliquant pas aux établissements comptant moins de 100 femmes), elles mériteraient d’être encouragées; elles devraient permettre d’éviter bien des envois en nourrice, aujourd’hui où tant de jeunes mères sont obligées de travailler au dehors.

Si les patrons ne peuvent installer les chambres d’allaitement, ils devraient fournir aux mères une rémunération suffisante pour qu’elles puissent rester chez elles pendant la période d’allaitement — ce qui n’est pratiquement jamais fait. — Peut-être serait-il bon que les municipalités créent des crèches au voisinage des usines, pour suppléer aux insuffisances des patrons.

Partout il devrait en exister. Il y a actuellement 13 départements où il n’existe pas une seule crèche;

d'autres où il y en a seulement une ou deux. Ce n'est pas assez. A tout prendre, elles valent encore mieux que l'envoi en nourrice, ou la garde à une voisine dans une mansarde ou un taudis. Elles sont encore une nécessité actuelle.

4° LES PRIMES D'ALLAITEMENT

Si la mère travaille au dehors, elle n'a que trop de tendances à sevrer son enfant; dans ce cas il y a lieu de l'encourager à allaiter; on lui donne une prime d'allaitement, prime voulant dire récompense. Si au contraire, la mère reste au foyer pour y allaiter et y soigner son enfant, il y a lieu de lui donner non plus une récompense, une prime, mais le juste salaire qu'elle mérite, du fait qu'en élevant convenablement son enfant, elle rend plus de services à la société qu'en étant ouvrière ou vendeuse. Ce genre d'allocations est pratiquement inexistant.

En 138 après J. C., Antonin le Pieux proposait des primes à l'allaitement (49). A cette époque, déjà il pensait qu'une prime, si minime soit-elle, est le meilleur encouragement.

Néanmoins il fallut bien des siècles pour que cette pratique fut reconnue par les lois.

C'est la loi Strauss, en France, qui en 1913, pour la première fois accorda une prime aux mères qui allaitent : ce n'était au début qu'une faible allocation (0 fr 50 par jour) perçue pendant les quatre semaines de repos légal qui suivent les couches.

Puis la loi du 26 octobre 1919 a institué une prime mensuelle de 15 fr. *versée aux bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couche*, qui nourrissent leur enfant au sein, versement étendu à toute la première année.

La loi de finances du 16 avril 1930 a relevé le taux de ces primes (45 fr. au lieu de 15 fr. pendant les six premiers mois).

Cette loi avait une grosse importance théorique, car elle consacrait l'idée qu'il faut donner un *avantage* à la mère qui allaite. Mais elle avait l'inconvénient de réserver ces primes aux seules indigentes ayant touché les bénéfices des allocations de femmes en couches.

De plus, le taux de ces primes était insuffisant. En 1928, JOANNON et LEREBoullet (52) signalaient leur taux dérisoire et l'intérêt qu'il y aurait à les rendre efficaces par la création d'une loterie à lots importants dont les billets seraient réservés aux mères nourrices. Si on en croit, le succès des loteries en France, cette méthode n'aurait pas manqué d'agir; mais le projet n'a pas eu de suites.

Enfin si la loi Strauss prévoyait un contrôle des primes, comme elle prévoyait un contrôle du repos des femmes en couches, pratiquement les primes étaient délivrées sur présentation d'un certificat plus ou moins valable, souvent même sans certificat, surtout à la campagne où tout le monde se connaît, et où la prime d'allaitement avait fini par devenir un

encouragement aux mères quel que soit le mode d'alimentation de l'enfant (14).

Les décrets-lois de 1935 ont rendu les primes d'allaitement indépendantes de la loi Strauss, et ont étendu à tous les enfants dont la mère touche un secours d'allaitement *la surveillance* autrefois réservée aux seuls enfants en nourrice ou en garde (révision de la loi Roussel). Ces enfants seront munis d'un carnet de croissance délivré gratuitement et destiné à accroître l'efficacité de la protection.

Cet article est extrêmement important. Les primes ne seront plus uniquement d'encouragement pécuniaire, elles seront un moyen de surveillance efficace de l'hygiène, rendue possible par le concours existant à l'heure actuelle de deux organismes indispensables : les consultations de nourrissons, le corps des infirmières-visiteuses.

En même temps que la loi Strauss naissait, puis se modifiait, des initiatives privées créaient, elles aussi des primes d'allaitement. C'est encore par le mécanisme des Mutualités Maternelles et des Caisses de compensation que les mères étaient aidées. *La Mutualité Maternelle* de Paris distribuait autrefois des primes d'allaitement. Elle n'en donne plus (depuis les assurances sociales) mais les mutualités de province ont en général continué à le faire.

La Mutualité de la Seine-Inférieure donne une indemnité mensuelle de 40 fr. augmentée de 50 % pour les familles en chômage; 67 % des femmes ayant touché les primes d'accouchement en ont bénéficié

en 1933; la Mutualité Maternelle de la Loire donne des primes mensuelles de 30 fr., celle de St-Etienne de 20 fr. Malgré ces taux relativement faibles, les résultats obtenus sont excellents. A St-Etienne en 1932, 89 % des mères ayant adhéré à la Mutualité allaitaient. C'est que les Mutualités ont créé des consultations de nourrissons, des infirmières visiteuses qui ont pu rendre efficace l'action de ces primes.

LES CAISSES DE COMPENSATION,

ont créé également des primes d'allaitement variant de 20 fr. à 50 fr. par mois; la plupart des caisses ont également leurs infirmières-visiteuses. A Paris notamment, la Caisse de Compensation de la région parisienne qui compte plus de 800.000 affiliés, par ses dispensaires et ses infirmières-visiteuses joue un rôle considérable.

Malheureusement, s'il existe plus de 200 caisses accessibles aux professions industrielles et commerciales, il existe seulement 35 caisses agricoles, une seule a des infirmières-visiteuses.

D'ailleurs, à l'heure actuelle, les caisses de compensation tendent à supprimer les primes d'allaitement, en tous les cas à les réserver aux mères non assurées sociales, pour porter leurs efforts ailleurs.

LA LOI DES ASSURANCES SOCIALES

a apporté une grande amélioration au système des primes d'allaitement.

La loi du 30 avril 1930 accordait à l'assurée qui allaitait son enfant, pendant la durée de l'allaitement, qui ne peut pas dépasser 9 mois, les allocations mensuelles de :

150 fr. les 4 premiers mois,

100 fr. les 2 mois suivants,

50 fr. les 3 derniers mois.

Cette prime n'était payable que si la mère allaitait *complètement* son enfant. Elle prévoyait également pour les mères incapables d'allaiter le paiement de bons de lait.

Les sommes qu'on offrait à la mère, tout au moins les 4 premiers mois permettaient réellement une amélioration de sa vie matérielle, parfois même elle n'avait plus guère d'intérêt pécuniaire à reprendre un travail peu rémunéré, ces 150 fr. joints aux frais de nourrice qu'elle ne payait pas représentant la valeur de son salaire.

Déjà en 1935, les médecins avaient répondu à l'enquête de CRUVEILHIER et LESAGE (14) que partout où se trouvaient des affiliées, on constatait une reprise de l'allaitement maternel.

La loi des assurances sociales, en ce qui concernait les primes d'allaitement était cependant insuffisante en deux points :

1° *La mère devait allaiter complètement.*

Certaines mères dont la lactation était insuffisante laissaient leur enfant sous-alimenté pour toucher la prime; d'autres qui ne pouvaient nourrir complète-

ment, sevreraient parce qu'elles n'avaient plus aucun intérêt à allaiter.

Avec la loi Strauss, cela n'avait aucune importance parce que l'allaitement n'était pas réellement contrôlé et que la mère recevait toujours la prime.

Au contraire, avec la loi des assurances sociales, chaque caisse assure la surveillance de ses assurées; ce contrôle n'est plus un vain mot; à l'heure actuelle, une femme ne touche plus d'allocations que si, réellement, elle se conforme aux prescriptions de sa caisse, et par le concours de divers organismes, en particulier les infirmières-visiteuses et les consultations de nourrissons, la surveillance est efficace et utile.

Le décret-loi d'octobre 1935 a supprimé le mot complètement. La prime est accordée que l'allaitement soit intégral ou non.

Ajoutons que ce décret a également relevé le taux des primes : elles atteignent actuellement 850 fr. pour toute la durée de l'allaitement avec un minimum de 175 fr. par mois les quatre premiers mois.

2° *La loi de 1930 ne donnait aucune prime d'allaitement à la femme de l'assuré qui pouvait seulement bénéficier des primes prévues par la loi Strauss.*

Le décret-loi du 28 octobre 1935 stipule : « Sur les excédents annuels de recettes afférents au service de maternité, les caisses peuvent effectuer des prélèvements forfaitaires destinés... à attribuer des primes d'allaitement et des bons de lait aux femmes non assurées d'assurés sociaux ». Naturellement, ces primes

sont variables. Si dans la région parisienne, la plupart des caisses en donnent, en province, toutes ne peuvent le faire. Ces taux pourront varier avec les années.

Sur ce point la loi des assurances sociales ne réalise pas encore les espoirs permis, car il serait juste que la mère qui reste chez elle soit indemnisée au même titre au moins que celle qui travaille.

Le décret-loi stipule encore que les excédents annuels pourront servir : « à encourager au moyen d'avantages supplémentaires l'observation par les intéressés des prescriptions visées à l'article... (fréquentation des consultations maternelles et de nourrissons)... et favoriser le développement des organisations d'infirmières-visiteuses.

Dans la loi de 1930 le législateur avait déjà dit : « les caisses d'assurances sociales peuvent employer leur solde à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance ».

Ces dispositions sont capitales; grâce à l'aide des caisses, les allocations aux mères seront autre chose que des prestations, elles l'engageront dans la voie de la prévention. L'aide matérielle ne servira de rien tant que la mère ne sera pas instruite de l'hygiène de l'allaitement. Nous allons voir comment cette éducation est tentée ce qu'on peut espérer actuellement.

III. AIDE MORALE ET EDUCATIVE

EDUCATION DES MERES

Pour que l'allaitement soit mené à bien il faut que la mère le désire ardemment, soit persuadée de sa nécessité et de sa bonne réussite certaine; il faut aussi qu'elle sache le mener convenablement. Or, même quand les circonstances matérielles sont les meilleures, souvent l'allaitement maternel n'est pas pratiqué ou échoue, parce qu'une de ces conditions manque.

A L'ECOLE

Au Congrès International de la Protection de l'enfance de juillet 1933, on avait mis à l'étude la question suivante : l'éducation technique des mères dans la lutte contre la mortalité infantile. Tous les médecins se sont mis d'accord pour reconnaître l'utilité des cours de puériculture dans les écoles.

Actuellement les fillettes quittent l'école à 14 ans. C'est à cet âge qu'on peut espérer faire une éducation efficace. Ces jeunes filles sont suffisamment développées pour comprendre les leçons de puériculture qu'on leur donne, et c'est à l'école la dernière fois qu'on atteint les femmes en masse.

Evidemment, on pourrait dire que cette éducation est prématurée, qu'à 13, 14 ans, ces fillettes ne pen-

sent pas à allaiter. Certainement il n'en est rien; les institutrices ont toujours dit que leurs élèves sont vivement intéressées par la puériculture. Les unes ont de jeunes frères et sœurs. D'autres sont fières de penser qu'on les prend au sérieux, qu'elles aussi seront mères; souvent même à cet âge le sentiment maternel est plus développé qu'ultérieurement, car les fillettes envisagent, encore lointains, les inconvénients de la maternité. Enfin la plupart sont contentes qu'on leur fasse classe sur des sujets inhabituels et s'y intéressent. Plus tard, quand elles seront près d'être mères, elles penseront à ce qu'on leur a dit à l'école, surtout si on a su rendre cet enseignement frappant.

Ces cours de puériculture font partie obligatoirement du programme de l'enseignement des écoles primaires supérieures et des cours complémentaires depuis 1920, des cours supérieurs (fillettes de 11 à 13 ans) des écoles primaires élémentaires depuis 1923; ce sont eux qui sont importants car *toutes* les fillettes les fréquentent.

Ils comprennent des leçons faites par l'institutrice. Mais, quel que soit son dévouement, est-elle bien apte à plaider la cause de l'allaitement maternel, à donner les conseils nécessaires pour le mener à bien; est-elle bien convaincue de la cause qu'elle devrait plaider? De plus les compositions écrites du certificat d'études ne portant pratiquement jamais sur la puériculture et « l'examen » étant le but actuel de tout enseignement, on doit passer assez vite sur ces sujets. Ne serait-il pas heureux que ces leçons soient faites par

l'assistante d'hygiène scolaire, plus compétente en la matière, et qui, de plus, aurait le mérite de la nouveauté aux yeux des élèves et serait mieux écoutée. Cette collaboration était d'ailleurs envisagée dans la circulaire du 2 mai 1923, qui prescrivait l'enseignement facultatif de la puériculture dans les écoles primaires élémentaires. Naturellement la notion d'allaitement maternel devra être l'idée prépondérante de cet enseignement et frappera d'autant plus les élèves qu'elles l'auront vu moins pratiquer autour d'elles.

La circulaire du 12 juin 1923 qui rendait l'enseignement de la puériculture obligatoire dans les écoles élémentaires, recommande aussi deux visites annuelles aux crèches et consultations de nourrissons. Elles sont faites dans certaines villes (Lyon, 13), mais manquent en général, les programmes étant trop chargés et ces visites étant des complications au train habituel de la vie scolaire. Elles pourraient naturellement avoir une grosse influence, si on savait insister sur quelques points fondamentaux.

Dans les écoles on pourrait agir encore utilement en faisant passer des films (film du docteur DEVRAIGNE en particulier), ce qui ne manquerait pas de frapper considérablement les élèves.

Au congrès de 1933 on a insisté sur le fait que ces cours manquaient dans les lycées; il n'y a évidemment aucune raison pour que les lycéennes ne reçoivent pas les mêmes notions de puériculture, et l'excuse que dans leurs familles il y a plus « d'hygiène » n'est pas valable.

Le professeur CASSOUTE faisait remarquer en 1933 la nécessité de donner aux garçons les mêmes notions qu'aux filles sur la supériorité de l'allaitement maternel. Il disait avoir eu souvent l'occasion de constater que c'est le père qui demande à la maman de renoncer à donner le sein.

Naturellement cette éducation pourra être continuée ultérieurement avec profit; mais si la fillette sortait de l'école avec la notion qu'elle doit plus tard allaiter ses enfants, un grand pas serait fait.

De nombreux moyens ont été mis en œuvre pour propager après l'école des notions de puériculture et en particulier la nécessité de l'allaitement. Nous ne pouvons les citer tous, car ils sont légion; c'est pour cela même que leur action est dispersée et souvent inefficace.

ENSEIGNEMENT ECRIT

Il a certainement son utilité, mais de l'avis unanime des pédiâtres, est toujours inférieur à l'enseignement oral, surtout dans les classes moyennes et pauvres où les femmes n'ont pas la pratique des manuels et ne savent pas toujours tirer des notions claires de ce qu'elles lisent. Nous citerons quelques efforts.

Brochures. Tracts.

De nombreuses brochures ont été éditées depuis déjà pas mal d'années. En général, on les distribue

dans les consultations de nourrissons; peut-être serait-il plus judicieux de les distribuer déjà aux consultations prénatales, car c'est à cette époque que l'action morale peut être plus efficace, la mère ayant plusieurs mois pour bien se pénétrer de l'idée qu'elle va allaiter.

Nous rappellerons seulement les plus répandues : les brochures éditées par le *Comité National de l'Enfance* et en particulier celle qu'a écrite le professeur MARFAN (77), et la propagande de l'œuvre « *Sauvons les mères et les bébés* ». Cette œuvre a eu le mérite de s'entendre, dans le département de la Seine, avec l'Office de Protection de la Maternité et de l'Enfance qui distribue dans toutes les consultations de nourrissons du département une brochure utile « *Sauvez vos bébés* ». Elle a inauguré une propagande intelligente sous forme de *lettres*, envoyées par la poste aux femmes, par l'intermédiaire de 85 caisses d'assurances sociales. Naturellement il faudrait ne pas les réserver aux seules affiliées de ces caisses. Ces lettres renferment des conseils simples d'hygiène; leur texte a été approuvé par le docteur Jules RENAUULT. Les mères reçoivent pendant leur grossesse deux lettres prénatales qui insistent déjà sur la préparation à l'allaitement. Puis d'autres lettres sont envoyées quand l'enfant a 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 1 an. Elles auraient une action importante parce que, envoyées individuellement par la poste, elles atteignent les mères qui ne fréquentent pas la consultation de nourrissons, et leur indiquent les

soins à donner à l'enfant à l'époque où la lettre leur arrive; elles ne sont pas noyées dans des brochures compliquées.

Si nous avons insisté sur cette œuvre, c'est pour montrer l'intérêt que peut avoir une propagande qui sait rendre son action intelligente et étendue.

Les manuels.

Ils existent nombreux. En général, ils ne sont lus que dans les milieux où ils sont les moins utiles parce que les mères qui en auraient le plus besoin ne les achètent pas. Citons celui qu'avait fait le Professeur PINARD et celui que récemment le Comité Central des Allocations familiales vient d'éditer avec la collaboration du professeur LEREBoullet « le Guide de la jeune mère ». Il est destiné à être distribué aux consultations de nourrissons des caisses de compensation.

Les journaux et revues.

Il existe des journaux destinés à propager les notions d'hygiène infantile; sans nier leur intérêt il est certain qu'ils ne sont lus, eux aussi, que par les personnes qui veulent bien les acheter. Plus utiles, sont des publications comme la « revue de la famille » envoyées à tous les membres de certaines caisses de compensation; mais ces différents périodiques ne consacrent que de loin en loin un article à l'allaitement maternel.

Les affiches.

ont certainement une action parce que l'image frappe plus que le texte. En Amérique elles paraissent avoir eu une grande vogue.

ENSEIGNEMENT ORAL

Les cours et conférences

n'ont qu'une action réduite parce qu'ils ne peuvent s'adresser à la masse. Les mères à qui elles seraient utiles ne vont pas aux conférences qui les dérangent ou si elles y vont (cours faits dans certaines usines pendant les heures de travail), fatiguées, elles n'écoutent pas.

Les conférences par T. S. F. seraient peut-être plus efficaces, mais il faudrait être sûr que, dans les familles, on ne leur préfère pas d'autres auditions...

Malgré tout, aucun de ces moyens ne sera négligé.

Comme dit le professeur MARFAN : « il y a des luttes où il est nécessaire de se servir de toutes les armes » (76).

Cependant, dit-il : « l'expérience m'a appris que l'enseignement le plus efficace de beaucoup est celui qui consiste en conseils verbaux donnés à chaque mère en particulier », par le médecin dans sa clientèle privée, ou au dispensaire, à la consultation de nourrissons, par les sages-femmes, visiteuses, etc.

C'est cette éducation qui est de beaucoup la plus importante, c'est par elle que les mères apprendront

à mettre en pratique la notion qu'elles ont reçue à l'école : l'obligation d'allaiter leurs enfants.

ROLE DU MEDECIN

Le rôle du médecin est primordial,

— parce que seul, il pénètre dans tous les milieux;

— parce que seul il a l'autorité et la compétence nécessaires pour trancher toutes les questions concernant la santé de l'enfant, pour mener à bien un allaitement, quelles que soient les difficultés rencontrées. Quelle que puisse être l'importance des infirmières-visiteuses ou assistantes sociales, celle du médecin prime tout.

Dans sa clientèle aisée,

où les conditions matérielles permettent toujours l'allaitement et des soins convenables, le médecin devra réussir. Surtout que, maintenant, bien des jeunes filles ont suivi des cours d'infirmières ou de puériculture, sont déjà préparées à leur rôle de mère. Les seuls obstacles à vaincre, seront des préjugés, la mauvaise volonté d'un membre ou l'autre de la famille, mais le médecin saura avoir l'autorité voulue.

Il aura surtout à veiller les premiers temps de l'allaitement, époque des découragements et des erreurs. Naturellement il faudra qu'il ait la compétence nécessaire et qu'il soit bien persuadé de la nécessité de

sa tâche; trop souvent l'allaitement est abandonné par la faute du médecin.

SOUVESTRE (113), dans sa thèse, rappelle qu'au pavillon d'allaitement de l'(ancienne) Ecole de puériculture, étaient hospitalisées avec leur enfant des femmes dont l'allaitement présentait des difficultés notables. On avait dû y renoncer seulement dans 4 % des cas. En Amérique, dans un service hospitalier analogue, on a obtenu exactement les mêmes résultats (51). Le médecin ne devra donc jamais se décourager, car il saura qu'on peut arriver à rétablir des lactations très déficientes. On a même pu le faire un mois et plus après le sevrage (71).

A la campagne.

Le médecin de famille est encore, en bien des endroits, le seul à lutter pour la cause de l'hygiène. Il devra jouer le rôle du médecin traitant, de la consultation de nourrissons, de l'infirmière-visiteuse. Lui seul, il combattra la routine et l'ignorance. Naturellement ses moyens étant limités, son action le sera parfois aussi. Pourtant il faudra qu'il supplée le mieux possible à ses auxiliaires absents, en attendant leur venue.

Quand la future mère viendra le consulter au cours de sa grossesse, il commencera à plaider la cause de l'allaitement; au moment de l'accouchement, il saura guider ses premiers pas et ne lâcher dans la vie qu'un enfant dont l'allaitement aura été normalement établi. Parfois, à l'occasion d'une visite médicale à un autre membre de la famille, il surveillera si les

prescriptions alimentaires et hygiéniques qu'il a indiquées pour l'enfant ont été suivies; ses conseils ne manqueront pas d'agir auprès de la paysanne, enchantée d'une consultation gratuite.

Dans les endroits où la protection maternelle et infantile a été organisée, le rôle du médecin sera grandement facilité, surtout par l'existence : des consultations de nourrissons, des infirmières-visiteuses.

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

La consultation de nourrissons est une œuvre essentiellement française. La première fut créée par BUDIN en 1892 à la Maternité de la Charité. Ces consultations se sont multipliées en France et à l'étranger, où, dans certains pays, elles portent le nom de consultations Budin. Il leur donnait pour but : « de diriger les mères, de les engager à continuer l'allaitement au sein ». Actuellement leur rôle est resté le même.

A la consultation de nourrissons, l'action du médecin est prépondérante. La phrase de BUDIN reste toujours vraie : « tant vaut le médecin, tant vaut la consultation », car lui seul a qualité pour donner les directives thérapeutiques, pour modifier un régime, prescrire un remède. L'enfant devra être présenté régulièrement, tous les quinze jours, en général.

Le médecin sera assisté d'une infirmière qui aura pesé l'enfant et établi la fiche. Ainsi l'examen pourra

être rapide, si le poids est normal, si la mère et l'infirmière ne signalent rien de particulier. Beaucoup d'enfants seront vus en peu de temps.

Le côté moral et éducatif de la consultation est très important. « Il y a des femmes, dit le docteur CAUSSADE (17), à qui il suffit de faire un compliment, pour stimuler leur zèle et leur patience; il en est d'autres, dont le lait vient mal, qui ont besoin d'être encouragées et surveillées de près; enfin, il s'en rencontre, qu'il faut morigéner, gronder, à qui il faut tout apprendre. Dans l'accomplissement de cette tâche ingrate, où il se heurte au mauvais vouloir, aux erreurs et aux préjugés, le médecin n'a pas le droit de sentir de lassitude ».

La consultation aura encore un rôle d'émulation, les mères s'y retrouveront, se répéteront entre elles les prescriptions du médecin, les expliqueront l'une à l'autre, compareront leurs enfants, ne voudront pas avoir sevré avant les autres.

C'est à la consultation de nourrissons qu'on distribue ces brochures dont nous parlions plus haut. Naturellement elles n'auront qu'un rôle adjuvant, et comme dit le professeur MARFAN, qui, cependant en a écrit, elles sont seulement : « un moyen de rappeler les conseils que je leur donne d'une manière aussi détaillée que possible ».

La meilleure façon de juger d'une consultation de nourrissons sera de voir le pourcentage des enfants élevés au sein. A la consultation de nourrissons annexée à la Maternité St-Antoine en 1934, 84 % des

enfants étaient nourris au sein, au moins en partie jusqu'à l'âge de 6 mois (90); en 1936 à la Pitié, 92 % des enfants étaient au sein (101). Partout on n'a pas encore ces résultats.

La consultation agira aussi différemment si elle est faite, dans une petite localité, où il y a un seul médecin qui a fait l'accouchement et qui retrouvera la mère à la consultation, ou dans une grande ville où les femmes accouchent dans une Maternité, puis si elles ne sont pas guidées, vont ensuite à la consultation du dispensaire voisin, puis ailleurs « pour voir si c'est mieux », suivent trois ou quatre méthodes à la fois et finissent, après avoir provoqué des désordres gastro-intestinaux chez leur enfant, par le sevrer.

Actuellement les consultations de nourrissons sont très suivies, parce que, y sont obligatoirement amenés tous les enfants protégés par la loi Roussel (révisée en octobre 1935), c'est-à-dire, outre les enfants en nourrice ou en garde, tous ceux dont les mères touchent une allocation; parce que les primes d'allaitement de la plupart des caisses d'assurances sociales ne sont distribuées que si les mères y sont venues tous les quinze jours avec leur enfant; parce que beaucoup d'œuvres privées (caisses de compensation en particulier) subordonnent leurs secours à la fréquentation de ces consultations.

Mais la consultation ne pourra fonctionner convenablement sans le secours de :

L'INFIRMIERE-VISITEUSE

Elle aura déjà eu l'occasion de voir la mère aux consultations prénatales, ou bien elle sera allée la visiter pendant sa grossesse. Après son accouchement, elle lui aura prêché la nécessité de mettre l'enfant au sein. Elle lui aura indiqué la consultation de nourrissons la plus proche, les moyens de toucher les allocations.

Les mères la retrouvent à la consultation de nourrissons, assistant le médecin, écoutant les prescriptions qu'il donne. Si la mère n'est pas venue à la consultation, l'infirmière-visiteuse ira à domicile s'enquérir de la raison de son absence, et l'encourager à venir régulièrement. Avec les primes d'allaitement qui ne sont touchées la plupart du temps que si la mère vient à la consultation, la visiteuse a souvent un argument décisif. De toutes façons, elle ira voir la mère à domicile, s'assurera des conditions de vie de la famille, de l'alimentation de la mère-nourrice, verra si elle sait faire bouillir de l'eau, laver un linge, etc. En particulier pour la conduite de l'allaitement, c'est elle qui enseignera les mille préceptes d'hygiène que le médecin ne peut donner parce qu'il n'en a pas le temps et que, *sauf quand l'enfant est malade, il ne le voit pas dans le milieu familial*. Il reste bien entendu que toutes les directives thérapeutiques, les changements de régime appartiennent au seul médecin, mais le rôle de l'infirmière-visiteuse aura une importance tout aussi grande, si elle sait

rendre efficace l'œuvre du médecin, non la modifier, ni la détruire.

Naturellement l'infirmière aura d'autant plus d'autorité qu'elle est plus connue de la mère. C'est pourquoi on tend actuellement à ne pas spécialiser les visiteuses dans la puériculture, mais à en faire des infirmières plurivalentes; dans tous les cas la même famille sera visitée par la même infirmière. A l'heure actuelle en France, les infirmières-visiteuses sont bien formées dans de nombreuses écoles.

Il y a intérêt souvent à associer *les sages-femmes* à l'œuvre des infirmières-visiteuses.

La sage-femme, en effet, trouve difficilement aujourd'hui à la campagne des conditions matérielles d'existence, les médecins se chargeant presque partout des accouchements. De plus en plus, on enseigne la puériculture aux sages-femmes; elles pourraient participer utilement à la protection de la maternité et de l'enfance où elles seraient appelées à jouer un rôle un peu différent de celui des infirmières-visiteuses, mais très utile.

Ainsi par la collaboration d'une action sociale (en particulier celle des caisses d'assurances sociales), des consultations de nourrissons, des médecins, des infirmières-visiteuses, il sera possible d'apprendre à la femme son rôle de mère, en particulier à mener à bien l'allaitement.

Mais malheureusement si les consultations de nourrissons, les infirmières-visiteuses commencent à se répandre, la plus grande partie de la France en est

dépourvue. Il y a encore en France un département qui n'a pas une seule consultation de nourrissons. d'autres en ont quelques-unes seulement. Souvent la mère doit parcourir de grandes distances pour aller à la consultation, elle préfère s'en abstenir. Les infirmières-visiteuses sont encore rares; beaucoup de consultations en sont privées; par contre, ailleurs, des œuvres particulières en ont qui font double emploi avec celles que les municipalités ont installées.

D'autre part, les caisses d'assurances sociales ont besoin des consultations de nourrissons et des visiteuses pour le contrôle de leur prime d'allaitement, pour la surveillance des mères et des nourrissons. La loi prévoit l'appui qu'elles peuvent donner aux organismes déjà existants; il était urgent de coordonner tous ces moyens d'action, œuvre publique et œuvre privée pour les rendre efficaces.

COORDINATION DES EFFORTS

Dans certains départements, l'union s'est faite. Nous signalerons en Gironde la « Fédération Gironde des œuvres de protection de l'enfance », dans les Bouches-du-Rhône « la Fédération des œuvres de consultations prénatales et de nourrissons », dans la Drôme, la « Section départementale du Comité National de l'Enfance », dans le Rhône « la Fondation franco-américaine », dans la Meurthe-et-Moselle « l'Office d'hygiène sociale ».

Dans la Seine l'union est actuellement remar-

quable par l'*Office de Protection de la Maternité et de l'Enfance* (O. P. M. E. S.).

C'est un organisme souple, s'appuyant sur les pouvoirs publics, collaborant avec les administrations et les caisses primaires d'assurances sociales et groupant autour de lui toutes les initiatives privées; il répond à cet idéal tout en utilisant au maximum les ressources existantes. C'est une section départementale du Comité National de l'Enfance.

Son but : connaître toutes les femmes enceintes signalées par les Assurances sociales, l'assistance publique, etc.; des infirmières-visiteuses se rendent à domicile, surveillent le repos de grossesse.

— de même connaître toutes les naissances.

Ses moyens : coordonner.

1° Au siège central, fédération des œuvres privées entre elles, puis Comité de collaboration;

2° dans les secteurs : installation d'une ou plusieurs assistantes sociales puéricultrices qui tiennent le fichier, groupent et répartissent les visiteuses. Chaque famille a son fichier. Si elle est déjà visitée par une œuvre, l'O. P. M. E. S. ne la visitera plus.

Chaque quartier a son assistante sociale qui assure une permanence à jour fixe, en général à la mairie, et se tient à la disposition des mères.

3° *dans les œuvres*, les doubles emplois seront évités par des conseils et des visites.

Actuellement à Paris et dans la banlieue presque toutes les mères sont visitées.

Par des contrats avec les différentes caisses d'as-

surances sociales, les primes d'allaitement sont directement versées aux mères dans la plupart des consultations sous la surveillance de l'O. P. M. E. S., ce qui a un gros intérêt pratique (par exemple les consultations de la Mutualité Maternelle versent les primes de presque toutes les caisses).

L'O. P. M. E. S. a également fondé des œuvres là où il en manquait. Il a notamment créé une consultation ambulante qui fonctionne depuis plus d'un an avec l'aide d'une infirmière et d'une assistante sociale. Cette consultation a lieu dans un auto-car aménagé ingénieusement avec lavabo, table, banc, pèse-bébés, fichier, etc. Elle se rend à Rosny et à Champigny, communes très étendues et où manquaient des consultations. Les mères viennent à heure fixée à l'endroit où elles savent trouver l'auto-car, à proximité d'une salle aménagée en salle d'attente (préau d'école, etc.). Un auto-car semblable existe dans le Rhône depuis 1933 et fonctionne depuis.

Dans l'Oise, des consultations ambulantes de ce genre avaient déjà été tentées mais n'avaient pas eu de succès, les médecins se plaignant qu'on n'employait pas les mêmes méthodes qu'eux. A Rosny et à Champigny, l'auto-car n'a mécontenté personne, car on se borne à une surveillance et dès qu'un incident pathologique survient on envoie les enfants aux médecins traitants.

Les primes d'allaitement des assurances sociales sont versées à l'auto-car, près de la moitié des consultantes sont assurées sociales; 50 % des enfants de

moins de six mois sont élevés au sein (à vrai dire également de mères assurées et non assurées). Evidemment ces résultats ne sont pas suffisants, mais déjà satisfaisants.

Dans les campagnes dépourvues de consultations, où les demeures sont souvent fort éloignées, on pourrait envisager toute une organisation sur ce type, avec le concours des caisses d'assurances sociales. Naturellement, il serait utile de demander l'aide des médecins de la région.

Quand les œuvres ne sont pas groupées, l'action est plus difficile. En général les caisses, individuellement, s'assurent alors le concours des divers organismes. Par exemple, en Seine-et-Oise, une petite caisse agricole (Mutuelle agricole) qui ne groupe que 18.000 affiliés, envoie le montant de ses primes d'allaitement, sur la présentation de certificats émanant d'une consultation de nourrissons, d'un médecin, d'une sage-femme ou infirmière-visiteuse. Naturellement la surveillance est moins bonne que dans les caisses de Paris où les enfants sont vus obligatoirement tous les quinze jours à une consultation de nourrissons. Cependant ils sont encourageants. En 1936 cette caisse a versé les primes d'allaitement à 39 % des mères assurées, à 45 % des mères, femmes d'assurés.

En Seine-et-Marne, à la caisse départementale d'assurances sociales, la surveillance de l'allaitement est entre les mains des infirmières-visiteuses d'hygiène qui assistent les médecins dans 81 consultations

(pour 534 communes). Sauf pour quelques consultations privées, toutes ont des visiteuses. Pour les communes éloignées les infirmières se rendent à domicile. En 1936, 80 % des mères, assurées elles-mêmes, ont touché des primes d'allaitement, 74 % des femmes d'assurés. On voit quels résultats on peut obtenir, même à la campagne, en faveur de l'allaitement maternel, par un système de primes d'allaitement associé à une surveillance effective.

Dans bien des campagnes malheureusement il n'y a rien; dans certains départements les œuvres sont dispersées; c'est pourquoi, *dans le cadre du département* correspondant au cadre des assurances sociales, on tend à réaliser l'union des institutions de la Santé Publique.

Les circulaires du 26 août, 26 septembre et 25 novembre 1936, envoyées par le Ministère de la Santé publique aux Préfets, tendent à créer dans chaque département :

1° *l'Union des institutions privées*, créant un lien matériel et moral.

2° *le Comité de coordination*, obligatoirement consulté pour toutes les questions qui concernent l'organisation sanitaire et en particulier l'attribution des subventions.

Cette œuvre de coordination s'effectue peu à peu. Ce sera souvent une œuvre de création.

Il faut espérer qu'ainsi, par l'union de l'aide matérielle et éducative, on arrivera à généraliser la plus importante des mesures de médecine préventive, la plus naturelle de toutes : l'allaitement maternel.

CONCLUSIONS

1° Si les travaux récents ont éclairé quelques points encore obscurs de la composition des laits, par contre ils ont dévoilé bien des inconnues, en particulier dans l'étude de leur spécificité, correspondant à la spécificité des espèces. Dans l'état actuel de la science le lait humain n'a pas d'équivalent.

2° L'expérience montre aujourd'hui, comme elle le montrait jadis, que malgré les progrès de l'allaitement artificiel, il est préférable que l'enfant puisse être nourri du lait de sa mère, en même temps qu'il reçoit ses soins.

3° Le problème de l'alimentation des enfants, par le lait de femme quand la mère ne peut allaiter, est insoluble, angoissant parfois, en l'absence des nourrices mercenaires, dont la disparition doit, d'ailleurs, être considérée comme un bienfait.

La création de centres de donneuses de lait, dont le premier en France a été organisé à la Clinique Baudelocque, permet d'entrevoir d'excellents résultats. Cependant on ne doit pas oublier qu'il ne s'agit là que d'une méthode d'exception.

4° Lorsque les mères n'allaitent pas leurs enfants, c'est avant tout : parce que leur situation sociale ne

le leur permet pas et parce qu'elles ne connaissent pas la nécessité impérative de l'allaitement au sein, et les moyens de le mener à bien.

5° Les moyens tendant à assurer aux enfants le sein maternel seront donc d'ordre matériel et d'ordre éducatif.

Leur étude nous a montré comment, pour porter ses fruits, ces actions doivent être associées :

— éducatives : par l'école, par le médecin et l'infirmière-visiteuse aux consultations de nourrissons.

— matérielles : 1° en permettent à la mère d'allaiter son enfant tout en travaillant. 2° mieux, en lui assurant les moyens d'élever convenablement son enfant en restant chez elle. Nous en sommes encore loin.

Des résultats ne seront obtenus que par l'union de tous les efforts : cette union pourra être réalisée dans le cadre départemental, principalement avec le concours des services des assurances sociales.

Vu : Le Président de la Thèse,
TANON.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLARIA (J.-B.). — La mortalité infantile causée par la diarrhée. *Bul. intern. protect. enf.*, 1935, p. 712, ss.
2. Annuaire statistique de la ville de Paris, 1935.
3. AUBRUN. — Les chambres d'allaitement. *Puériculture*, 1929, p. 278-282.
4. BABONNEIX. — Chimie du lait. *Gaz. hôp.*, 1934, n° 16, p. 275 et n° 18, p. 309.
5. BANU. — Hygiène sociale de l'enfance. Bruxelles, 1933.
6. BANZA. — La traite du lait de femme; son emploi à l'état frais et à l'état sec. *Arch. de pédiat. de Montevideo*, avril 1932, p. 153.
7. BARTOLO (di). — Etude cytologique du lait de femme. *Riv. nipiol.*, 31 mai 1934, p. 112.
8. BERNARD (Léon) et DEBRE (Robert). — Cours d'hygiène.
9. BETTINOTTI (Saul). — Como resolver il problema de la lactancia mercenaria. *Semana medica.*, 24 août 1933, p. 541-543.
10. id. *Cronica médica*, 1935, p. 73-81.
11. BENDIX (B.). — Stillwigkeit, Stillfähigkeit, Stilldauer. *Monatsch. f. Kinderheilk.*, t. 41, 1928, p. 422-439.
12. BLEYER (B.). — Die Bestimmung von Vitamin C. antis-corbutins in Milch. *Munch. méd. Wchnschr.*, 17 féb. 1933, p. 257-258.
13. CAHUET. — L'allaitement maternel à la campagne. *Thèse de Paris*, 1936.
14. CAMESCASSE. — Le lait maternel, aliment opothérapique. *Bul. Acad. méd., Paris*, t. 87, 1922, p. 503-505.
15. CATEL. — Erhitzung der Frauenmilch und Ernährungserfolg. Bemerkungen zu der Einrichtung von Frauenmilchsaumelstellen, 1935, 16 jan., p. 985-988, und 18 okt., p. 1698.

16. CAUSSADE (L.). — Conception actuelle de l'organisation et du fonctionnement des consultations de nourrissons. *Rev. hyg. et méd. soc.*, Mars 1935, p. 79-85.
17. COZZOLINO. — In tema di obbligatorietà legale all'allattamento materno. *Lattante* : t. 3, novembre 1932, p. 675-692.
18. CZERNY. — Über die Ernährung der Kinder an der Mutterbrust. *Arch. f. Kinderheilk.*, t. 95, 1932, p. 166-169.
19. DASSENCOURT (R.). — Du rôle de l'infirmière sociale dans un service de maternité. *Thèse de Paris*, 1935.
20. DEBRE (Robert) et BUSSON. — Teneur en vitamine A des différents laits ou de certains dérivés du lait. *C. R. Soc. biol.*, t. 114, 16 déc. 1933, p. 1297.
21. DEBRÉ, JOANNON et Mlle CREMIEUX-ALCAN. — La mortalité infantile et la mortinatalité. Paris, Masson, 1933.
22. DEBRE, RAMON, LEVY-SOLAL et THIROLOIX. — Passage des antitoxines dans le sang du nourrisson par le lait et le colostrum de la mère. *Nourrisson*, t. 18, juil. 1930. p. 235-241.
23. DEMANEZ. — La spécificité des caséines. *C. R. Soc. biol.*, t. 112, 1933, p. 1560.
24. DENNETT (Roger H.) and CRAIG (John Dorsey). — A comparative study of infant foods. *Méd. J. and Rec.*, t. 136, 17 aug., 1932, p. 133-135.
25. DERESSE (F.). — Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Moyens d'y remédier. *Thèse de Paris*, 1913-1914.
26. DESBROUSSE (L.). — La dyspepsie du lait de femme. *Thèse de Paris*, 1930.
27. DESFOSSÉS (P.). — L'allaitement maternel. Le têter. *Presse méd.*, 17 avril 1937, p. 601-603.
28. DLUSKI (Mme). — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. *Thèse de Paris*, 1894.
29. DOLERIS et SALLES. — Utilisation du lait de femme puisé au sein des nourrices mercenaires et conservé aseptiquement pour l'alimentation des enfants assistés débiles du premier âge placés dans une pouponnière

- d'entraînement à la campagne. *Ac. Méd.*, Séance du 28 juil. 1936.
30. DORLENCOURT et CALUGAREANU-NANDRIS (Mme). — Le fer dans le lait de femme; son dosage; ses variations. *Le nourrisson*, 17 juillet 1929, p. 227.
 31. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et KOSSOVITCH. — Les groupes de lait. *Acad. Méd.*, Séance du 23 mars 1937.
 32. EDDY (W.) and MORRIS (S.). — A study of the effect of preversing methods on human milks. *J. Péd.*, t. 4, féb. 1934, p. 208-215.
 33. EMERSON. — Dried human milk IV, Dried human milk as a food for infants. *Am. J. Child. Dis.*, t. 30, déc. 1925, p. 769.
 34. FREUDENBERG. — L'activation par la bile de la prolifase du lait de femme. *Zeit. f. Kinderheilk.*, t. 55, 1933.
 35. GAROT (L.). — De l'abus du sevrage prématuré chez les nourrissons. *Le scalpel.*, sept., 1929, p. 597.
 36. GARLAND (J.) and RICH (M.). — Duration of breast feeding : a comparative study. *New. Engl. J. Méd.*, t. 203, 25 déc. 1930, p. 1279-1282.
 37. GELLER (Ch.). — Stillhäufigkeit und-dauer erwerbstätiger und nichterwerbstätiger Frauen. *Deutsche méd. Wchnchr.*, t. 57, 16 okt., 1931, p. 1778-79.
 38. GERVY (J.-P.). — Chambres d'allaitement. Garderies. Crèches industrielles. *Thèse de Marseille*, 1932.
 39. GLAZIER (Manuel M.). — Comparing the breast fed and the bottle fed infant. *New England, J. Méd.*, t. 203, 25 sept. 1930, p. 626-631.
 40. GRULEE (Clifford G.), SANFORD (Heyworth N.), and HERON (Paul H.). — Breast and artificially fed infants. A study of the age incidence in the morbidity and mortality, in 20.000 cases *J. A. M. A.*, t. 103, sept. 1934, p. 735-737.
 41. GRULEE (C.-G.), SANFORD and SCHWARTZ. — Breast and artificially fed infants. A study of the age incidence in the morbidity and mortality in 20.000 cases. *J. A. M. A.*, t. 104, 1 june 1935, p. 1986-1988.

42. GRULEE, SANFORD and KANTOR AMTMAN (J.). — Study of seasonal incidence in morbidity and mortality of 20.000 breast and artificially fed infants for first nine months of life. *J. Pédiat.*, t. 6, June, 1935, p. 825-829.
43. GUILLAUMIN et VIGNES (Henri). — Recherche sur la composition du lait de femme. *Progrès médical*, 18 février 1933, p. 297-301.
44. GUILLAUMIN et VIGNES (Henri). — Les lipides phosphorés dans le lait de femme. *Société de pathol. comparée*. Séance du 8 nov. 1932.
45. HEBERT (Mlle). — Etude médico-sociale de la mortalité du 1^{er} âge. Résultats d'une enquête effectuée dans la région parisienne. *Thèse de Paris*, 1929.
46. HEUMANN (D^r J.). — The mother's milk station. *Am. J. Dis. Child.*, t. 42, nov. 1931, p. 1273-74.
47. HERRMANN (M.). — Beobachtungen über den Einfluss der Nahrungstemperatur auf das Verhalten des Säuglings. *Monatsch. f. Kinderheilk.*, t. 51, 1931, p. 49-69.
48. HOEFER (Carolyn) and HARDY (Mattie Crumpton). — Later development breast and artificially fed infants. Comparison of physical and mental growth., *J. A. M. A.*, t. 92, 23 fév. 1929, p. 615-619.
49. HYMANSON. — A short review of the history of infant feeding, t. 51, Jan. 1934, p. 1-10.
50. ICHOK. — La protection de l'allaitement maternel dans l'industrie. *Revue d'hygiène*, janv. 1928, p. 41-55.
51. JEWESBURY (Reginald). — A record of difficult breast feeding cases. *Practitioner*, t. 125, 16 juil. 1930.
52. JOANNON et LEREBoullet. — Les primes à l'allaitement maternel. Comment en faire un encouragement efficace. *Le nourrisson*, mars 1930.
53. KOBRAK (R.). — Das Kind in Recht. Kinderärztliche Praxis, tome 3, mars 1932, p. 133-135.
54. KUHN (Richard). — Sur les flavines. *Bul. Soc. Chim. biol.*, 1935, p. 905.
55. LABEAUME (G.). — *Hygiène sociale du premier âge*, Paris 1926.

56. LABEAUME (G.). — Maternité et travail. *Mémoire*. Paris 1927.
57. LAMALLE. — Rapport à l'assemblée annuelle des délégués des œuvres de l'Enfance de la province de Liège. Liège, 16 juin 1929.
58. LAUGIER, LAPIERRE et Mlle WEINBERG. — Biotypologie et aptitudes scolaires. *Publication du Travail Humain*.
59. LELONG. — L'œuvre de placement des nourrissons de Mme Lorthiois à Tourcoing. *Rev. méd. soc. enf.*, 1933, p. 45-55.
60. LEREBoullet. — Des meilleurs moyens d'encourager l'allaitement maternel. *Congrès internat. de protect. de l'Enfance*. Paris, juil. 1928.
61. LESAGE. — Sur l'allaitement maternel. *L'hygiène sociale*, 10 oct. 1929.
62. LESAGE et CRUVEILHIER. — Enquête sur l'allaitement au sein à la campagne. *Médecine infantile*, juil. 1936, p. 217-226.
63. LESNE, CLÉMENT et ZIZINE. — *C. R. Soc. Biol.*, t. 105, 15 nov. 1930, p. 4-27.
64. LESNE et DREYFUS-SEE (Mlle). — Communication au XXII^e congrès d'hygiène de Paris, oct. 1935.
65. LESNE, ZIZINE et BRISKAS. — La teneur en cuivre du lait de femme et du lait de quelques animaux. *Soc. de pathol. comparée*, 10 nov. 1936.
66. LEVEUF et VIGNES (H.). — Un cas mortel d'anaphylaxie du nourrisson au lait maternel. *Bul. Soc. Pédiat., Paris*, mai 1933, p. 239.
67. LORENZO YDEAL. — Lait humain congelé. (*Sociedad de Pediatría de Montevideo*, 19 juil. 1935).
68. LOZANO (Aurelio Romeo). Lactancia materna medios que contribuirán a su estímulo des araollo y perfeccionamiento. *Pediat. española.*, t. 22, janv. 1933, p. 15-44.
69. LUCCA (Alfredo). — Ricerche sulla lipasi del latte. *Riv. di clin. pediat.*, t. 29, nov. 1931, p. 1056-1071.
70. LULLING — Mortalité des nourrissons. Rapport avec la modalité de leur alimentation. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

71. MAC MURCHY (D^r H.). — The best means of developing maternal nursing. *Congrès internat. de la protection de l'Enfance, Paris*, juil., 1928.
72. MANICATIDE, BRATESCU et POPA. — Détermination quantitative de l'amylase dans le lait. *C. rend. Soc. biol.*, t. 110, 1935, p. 657-658.
73. MARETZKA. — Stations de lait humain. *Rev. fr. de Pédiat.*, 1930, p. 223-224.
74. MARFAN (A.-B.). — Traité de l'allaitement. Paris, Masson, 1930, 4^e éd.
75. MARFAN. — La vitamine D, principe antirachitique; ergosterol irradié. *Monde médical*, Juin 1936, p. 797-809.
76. MARFAN. — Le médecin éducateur des mères. *Presse méd.*, 8 juil. 1933, p. 1093-1094.
77. MARFAN. — Instructions aux mères, brochure. Masson, 1936.
78. MATHIEU. — *Rev. fr. de puériculture*, n° 5, 1935.
79. MAURER (Siegfried), GREENGARD (J.), CURTIS (W.-L.) and KLUVER (C.). — Effect of small quantities of breast-milk, liver extract, iron and copper, respectively and in combinations, upon iron balance of artificially fed infants. *J. Pédiat.*, t. 4, march., 1934, p. 356-365.
80. MENCKEN. — Sur la teneur en vitamines dans le sang et le lait de la mère. *Maandschr. v. kindergeniesk.*, okt., 1934, p. 22-35.
81. MESNIL (R.). — Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. *Thèse de Paris*, 1903.
82. NIMS, MACY, HUNSCHER and BROWN. — Human milk studies. X. Daily and monthly variations in milk components as observed in two successive lactation periods. *Am. j. dis. child.*, t. 43, May 1932, p. 1062-1076.
83. MUGGIA (A.). — Le contenu hormonique du lait essayé par la méthode d'Ascheim Zondeck. *Scritti medici in onore di R. Jenuna, Sonnani, Milan*, t. 2, 1934, p. 921.
84. MUNCHBERG (F.) und WARKANY (R.). — Ueber den Ernährungserfolg mit Brustmilch und Frauenmilch. *Wien. klin. Wchnschr.*, t. 45, 23 sept. 1932, p. 1204-1210.

85. NEUWEILER. — La teneur en vitamine A et en carotène du lait. *Zeitsch. f. Vitaminforsch.* t. 4, okt., 1935, p. 259-271.
86. NOBÉCOURT. — Le scorbut des petits enfants. Etiologie et traitement. *Gaz. Hôp.*, 28 av. 1937, p. 541-550.
87. NOBÉCOURT et SCHREIBER. — Hygiène sociale de l'enfance, Paris 1921.
88. PAUCOT (H.). — Les causes de l'interruption intempestive et prématurée de l'allaitement maternel. *Rev. int. enf.*, oct. 1927, p. 635-648.
89. PERRET. — Les allocations familiales. *Rev. méd. soc. enf.*, Juin 1934, p. 418-424.
90. PFEFFER. — Fonctionnement de la consultation de nourrissons annexée à la Maternité de Saint-Antoine. *Thèse de Paris*, 1933.
91. PIETROCOCCHERI. — Etude sur la cholestérine du lait. *Il Lattante*, t. 3, juin 1932, p. 378.
92. POLONOVSKI et LESPAGNOL. — Un nouveau constituant glucidique du lait de femme : le gynolactose. *C. R. Soc. Biol.*, t. 104, 1930, p. 553.
93. — Sur l'existence de plusieurs glucides dans le lactosérum de femme, id., p. 555.
94. — Technique de l'isolement des glucides du lait de femme, id., p. 557.
95. — Sur une erreur systématique dans le dosage du lactose dans le lait de femme. Indosé réel. Indosé apparent. id., p. 1291.
96. — Dosage des glucides totaux du lait de femme, id., p. 1293.
97. — Le dosage des sucres du lait de femme par Piode. *C. R., Soc. Biol.*, t. 107, 1931, p. 301.
98. POLONOVSKI, CUVELIER (Mlle) et AVENARD. — Sur les lipides du lait de femme. *C. R., Soc. Biol.*, t. 111, 1932.
99. POLONOVSKI et MORENO-MARTIN. — *Bul. Soc. Chim. Biol.*, 19 fév. 1935.
100. RANDOIN (Mme L.). — La nature chimique des vitamines

- et leur rôle dans les organismes animaux. *Monde médical*, 1-15 juin 1936, p. 745-765.
101. REVAULT D'ALLONNES (Mlle). — La consultation de nourrissons annexée à la Maternité de la Pitié. Son rôle médico-social. *Thèse de Paris*, 1936.
102. RODRIGUEZ (Ceserino). — L'extraction mécanique du lait de femme. Un nouvel appareil. *Nourrisson*, 1934, p. 125.
103. ROLLER (P. E.). — A study of breast milk fat. *J. Pediat.*, t. 4, feb. 1934, p. 238-247.
104. RONSE (Marguerite). — Les caséines. *C. R. Soc. Biol.*, t. 114, 1933, p. 1380.
105. SABRI (J. A.) and FIKRI (M. M.). — Antirachitic factors in human milk; further study. *Arch. Dis. Child.*, t. 10, oct. 1935, p. 377-380.
106. ROUX-DESSARPS. — La protection de la mère et de l'enfant et les Assurances sociales. *Thèse de Paris*, 1933.
107. SAVAGE (W.). — Les effets de la pasteurisation sur les propriétés nutritives du lait. *Lancet*, 25 féb. 1933, p. 713.
108. SCHEUER (L. A.) and DUNCAN (J. E.). — Method of preserving breast milk; study of its clinical application. *Am. J. Dis. Child.*, t. 51. Féb. 1936, p. 249-254.
109. SCHLAEPPI. — Etude sur l'action bactéricide du lait de femme. *Nourrisson*, 1931, p. 130.
110. SCHWARTZ (E.). — Immunité antidiphthérique supposée transmise aux nourrissons par l'allaitement. Recherches expérimentales. *Pediatrics*, t. 54, 1^{er} avril 1933, p. 517.
111. SICARD DE PLAUZOLE. — L'allaitement maternel obligatoire. Ligue des droits de l'homme, 1928.
112. SIMONNET. — Vitamine E; avitaminose E. *Monde Médical*, 15 juin 1936, p. 810-816.
113. SOUVESTRE. — Fonctionnement du pavillon d'allaitement de l'école de puériculture. *Thèse de Paris*, 1925.
114. STERN and LIEBERMANN. — A study of 145 consecutive premature infants fed on frozen mother's milk. *Arch. Pediat.*, t. 51, déc. 1934, p. 799-801.

115. TCHAJKOVYISKY, GRUL et KOUSNETZOVÁ. — Présence de la folliculine dans le lait de femme pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement. *Nourrisson*, 1936, p. 367-370.
116. THIROUX. — Vitamines et avitaminoses. Revue d'ensemble et considérations sur les avitaminoses frustes au point de vue médical et hygiénique. *Biol. Méd.*, t. 24, p. 1-55 et p. 113-158.
117. TRILLAT. — Les maisons maternelles. *Congrès Internat. de la Protection de l'Enfance*. Paris, juillet 1928.
118. VELICH (A.) et SEVCENKO. — Contribution à l'étude de l'importance du cuivre dans le lait de femme. *Casopis lékařu českých*, 10 janv. 1936, p. 41.
119. VENIZELOS. — Le lait de femme aux débiles dans les nourriceries des Enfants Assistés. *Thèse de Paris*, 1931.
120. VERAS (Solon). — Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel en Grèce. *Congrès Internat. de la protection de l'Enfance*, Paris, juillet 1928.
121. VIGNE (Paul) et GARDERES (Charles). — L'enseignement de la puériculture dans les écoles primaires élémentaires et supérieures. *Congrès internat. de la protection de l'Enfance*. Paris, juillet 1933.
122. VIGNES (Henri). — Hérité et aptitude à l'allaitement. *Le Phare Médical*, Déc. 1930.
123. VITREY. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile en rapport avec le mode d'allaitement. *Thèse de Lyon*, 1906-1907.
124. WANVERTS. — Les modes d'allaitement et la mortalité infantile dans la classe ouvrière lilloise. *Soc. obstr. et Gynécol.*, t. 9, 1920, p. 280.
125. WITT (David B.). — Comparative study of phosphorus metabolism of healthy infants fed breast milk and cow's milk. *Am. J. Dis. Child.*, t. 43, feb. 1932, p. 306-316.
126. WOODBURY (Robert Morse). — Causal factors in infant mortality. *Investigations in 8 cities*, 1925.

127. X... — Renseignements statistiques sur l'application de la loi des Assurances sociales. *Bul. doc. Caisses d'A. S., reg. par.*, 23 janvier 1937.
128. X... Variétés. *Nourrisson*. Mars 1930, p. XIII.
129. ZEER. — *Congrès international de Pédiatrie*, Londres 1933.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Le lait maternel, aliment spécifique	12
CHAPITRE II. — Supériorité de l'allaitement au sein sur l'allaitement artificiel	38
CHAPITRE III. — Les moyens d'assurer du lait humain aux enfants, en dehors du sein maternel	54
CHAPITRE IV. — Des causes qui empêchent les mères d'allaiter	75
CHAPITRE V. — Moyens de faire de l'allaitement mater- nel une arme efficace dans la lutte contre la mor- talité infantile	97
CONCLUSIONS	151
BIBLIOGRAPHIE	153

